第１号様式（第６条関係）

年　　月　　日

高知市長　　様

申請者　住所
　　氏名
　　電話　　（　　）

補助金交付申請書

高知市骨髄移植促進事業費補助金の交付を受けたいので、高知市骨髄移植促進事業費補助金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第４条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

１　申請内容

フ　リ　ガ　ナ		生年月日	年　月　日
氏　名			
勤　務　先	電話番号　（　）		
骨髄等を提供した日における住所	〒 高知市		
対　象　期　間	年　月　日から　年　月　日（うち対象　日分）		
骨髄等を提供した日	年　月　日	申請金額	円

２　振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

金融機関名	銀行・農協 信用金庫							本店・支店 出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号							
フ　リ　ガ　ナ									
口座名義									

３　添付書類

⑴　公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証明する書類（上記「１申請内容」の対象期間欄に記載された期間内に入院又は通院したことを証明するもの）の原本
⑵　骨髄等を提供した時点において、本市の住民基本台帳に登録されていることを証明する書類
⑶　市税の滞納がないことを証明する書類
⑷　本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証の写し等）

私は、私の勤務する事業所にはドナー特別休暇制度等がないこと（制度がある場合は、同制度の対象とならない者であること）及び他の法令等により骨髄等の提供に係る補助金等の交付を受けていないことを誓約します。

年　　月　　日　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿

（※）本人が手書きしない場合には、記名押印してください