

様式第1号（第5条関係）

令和5年 1月 4 日

奥州市長 宛

申請者 住所 **奥州市水沢大手町1-1**

氏名 **奥州 華子**

印

(署名又は記名押印)

電話番号 **090-0000-△△△△**

奥州市骨髄ドナー支援助成金交付申請書兼請求書（骨髄ドナー用）
奥州市骨髄ドナー支援助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

記

フリガナ	オウシュウ ハナコ			生年月日	平成2年4月2日		
骨髄ドナー氏名	奥州 華子						
骨髄ドナーの基準日 時点の住所	〒023-8501 奥州市水沢大手町1-1						
骨髄等の提供に係る 通院又は医師等との 面談をした日	令和5年1月1日、令和5年1月20日、令和5年2月2日						
骨髄等の提供に係る 入院をした期間	令和5年2月10日から令和5年2月13日まで（4日間） 通院又は面談3日間 + 入院4日間 = 7日間 7日間 × 2万円 = 140,000円						
申請（請求）額	140,000円						
金融機関名	〇〇〇〇銀行			支店等名	〇〇〇〇支店		
口座	種目	1 普通	口座番号	△	△	△	△
		2 当座					
	フリガナ	オウシュウ ハナコ					
	名義人氏名	奥州 華子					

確認事項

- 私は、他の制度による骨髄等の提供に係る補助等を受けていません。
- 私は、市が審査に必要な情報（住民基本台帳、市税等の納付状況、通院等の状況、勤務先への問合せ等）を確認、調査等することに同意します。