

記載例

長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（補助対象ドナー用）

令和〇年〇月〇日

長浜市長 あて

（申請者）住所 滋賀県長浜市小堀町 32-3
〇〇ハイツ 〇〇号室

氏名 長浜 太郎

電話 0749-62-4111

次のとおり長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

フリガナ	ナガハマ タロウ	生年 月日	平成〇年〇月〇日
氏名	長浜 太郎		
勤務先	株式会社〇〇（電話番号 0749-65-7779）		
骨髓等 提供日 における住所	〒526-0845 長浜市小堀町 32-3 〇〇ハイツ 〇〇号室		
対象期間	令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日 まで（うち対象〇日分）		
骨髓等 提供日	令和〇年〇月〇日	申請 金額	〇〇〇,〇〇〇円

最大7日分

2 添付書類

- （1） 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類
- （2） 骨髓等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証する書類
- （3） 申請者の本人確認ができる書類（免許証、個人番号カード等の写し）

私は、他の法令等により骨髓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。
また、私は、市が保有する個人情報を閲覧・調査することに同意します。

令和〇年〇月〇日

氏名 長浜 太郎

提出日と同日を記入してください

長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付申請書（補助対象事業所用）

令和〇年〇月〇日

長浜市長 あて

（申請者）

住所 滋賀県長浜市八幡中山町 632

事業所名 株式会社〇〇

代表者氏名 長浜 花子

電話 0749-62-4111

次のとおり長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金の交付を受けたいので、長浜市骨髓等移植ドナー支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

補助対象ドナー	フリガナ	ナガハマ タロウ	生年月日	平成〇年〇月〇日
	氏名	長浜 太郎		
	骨髓等提供日における住所	〒526-0845 長浜市小堀町 32-3 〇〇ハイツ 〇〇号室		
骨髓等提供日	令和〇年〇月〇日			
交付対象となる通院・入院期間	令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日まで（うち対象 〇日分）			
申請額	〇〇〇, 〇〇〇円			

最大7日分

2 添付書類

補助対象ドナーとの雇用関係が確認できる書類

対象期間（交付対象となる通院・入院期間）

○助成の対象となる通院・入院の開始日～終了日

【例】通院・入院等をした日が以下のような場合、

10月18日（開始日）、10月31日、11月3日、11月13日、11月20日、12月3日、12月21日～12月25日、

1月4日（終了日）

※助成の対象となる日は12日間ですが、最大7日間の助成のため、対象は7日分

例

証 明 書

年 月 日

公益財団法人 日本骨髄バンク
理事長 印

骨髄バンク事業に関する下記の手続きがなされたことを証明する。

1. 氏 名

2. 場 所

3. 目的および期間（✓印のついたもの）

☐ 確認検査等に関するコーディネーターからの説明（口採血含む） 年10月18日 13:00～14:30

☐ 確認検査のための採血 年10月31日 13:00～15:10

☐ 骨髄採取／末梢血幹細胞採取に関するコーディネーターからの最終説明および同意書の作成 年11月 3日 13:00～15:10

☐ 骨髄採取／末梢血幹細胞採取前の健康診断 年 11月13日 13:00～14:10
年 月 日 : ~ :

☐ 骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血 年 11月20日 16:00～17:00
年 12月 3日 15:00～15:40

☐ 末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）の注射 年 月 日 : ~ :
年 月 日 : ~ :
年 月 日 : ~ :

☐ 骨髄採取／末梢血幹細胞採取に伴う入院 年12月21日～ 年12月25日

☐ 骨髄採取／末梢血幹細胞採取後の健康診断 年 1 月 4日 13:10～14:10

☐ 年 月 日 : ~ :

☐ 年 月 日 : ~ :

☐ 年 月 日 : ~ :

☐ 年 月 日 : ~ :