

様式第1号（第4条関係）

大崎市骨髄バンクドナー助成金交付申請書

年 月 日

大崎市長 様

住 所

氏 名

電話番号

大崎市骨髄バンクドナー助成金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請内容

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
	申請金額	円		
	骨髄等採取日	年 月 日		
	対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (うち対象 日分)		

2 振込先（申請者本人の口座）

振込先	銀行 信金 信組 農協 労金		口座番号 (左詰め)						
	本店 支店 出張所								
	預金種別	普通・当座	金融機関 コード						
	口座名義人	(カタカナ)							
	(漢 字)								

3 同意及び誓約

私は、骨髄バンクドナー助成金の交付に当たり、市の職員が私の住民基本台帳を確認することに同意するとともに、暴力団との関係を有していないことを誓約します。

大崎市長 様

氏名