

## 豊中市骨髄バンクドナー助成金の申請について

\*令和4年4月1日以後の日に骨髄等の採取が行われた場合における当該採取のための通院等について適用されます。

\*骨髄等の提供日から1年以内に必要書類を添えてお申し込みください。

### 【申込に必要な書類】

#### 1. 骨髄バンクドナー

- ① 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する書類
- ② 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院等を証する書類
- ③ 申請書兼請求書（様式第1号）
- ④ 助成金の振り込み先銀行の口座番号を証明する書類  
（申請者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し）

#### 2. 骨髄バンクドナーが骨髄等提供日において所属する事業所

- ① 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する書類
- ② 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通院等を証する書類
- ③ 申請書兼請求書（様式第2号）
- ④ 雇用関係等証明書（様式第3号）
- ⑤ 助成金の振り込み先銀行の口座番号を証明する書類  
（申請者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し）

豊中市骨髓バンクドナー助成金 申請書 兼 請求書【ドナー用】

年 月 日

豊中市長

豊中市骨髓バンクドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり必要書類を添えて助成金を申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

申込者 住 所 〒

氏 名

（申込者欄の代表者氏名について、自筆による署名の場合は押印不要です）

生年月日

電話番号

1. 申請内容

骨髓等の提供に係る通院等に要した日	(1) 健康診断のための通院	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(2) 自己血貯血のための通院	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(3) 骨髓等の採取のための通院	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(4) 骨髓バンク又は医療機関が必要と認める通院、入院又は面談	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	合 計	( ) 日間	
骨髓等提供日	年 月 日		
申込金額	20,000 円 × ( ) 日間 = ( ) 0,000 円 ※申込金額は、7 日間・140,000 円が上限です。		

2. 確認事項（必ず確認のうえ、□にレをいれてください。）

- 私は、上記骨髓等の提供について、他の地方公共団体等から本助成金と同目的の補助を受けておらず、今後も受けません。

3. 振込先情報（次の口座への振込を依頼します。）

振込先	口座名義人 (カタカナで記入)						
	銀行・信用金庫			本店・支店			
	信用組合・農協			出張所			
	預金種別	口座番号（右詰めで記入してください。）					
普通 当座							

※申込者（ドナー本人）以外の口座には振込みできません。

豊中市骨髓バンクドナー助成金 申請書 兼 請求書【事業所用】

年 月 日

豊中市長

豊中市骨髓ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり必要書類を添えて助成金を申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

申込者所在地 〒

事業所名

代表者氏名

㊞

（申込者欄の代表者氏名について、自筆による署名の場合は押印不要です）

電話番号

1. 申請内容

ドナー	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		
	骨髓提供日	年 月 日		
申込金額		10,000 円 × ( ) 日間 = ( ) 0,000 円 ※申込金額は、7 日間・70,000 万円が上限です。		
ドナーの勤務事業所所在地		(申込者所在地と異なる場合) 〒 豊中市		

2. 確認事項 (必ず確認のうえ、□にレをいれてください。)

- 当該事業所は、国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人及び国立大学法人ではありません。
- 当該事業所は、上記骨髓等の提供について、他の地方公共団体等から本助成金と同目的の補助を受けておらず、今後も受けません。

2. 振込先情報 (次の口座への振込を依頼します。)

振込先	口座名義人 (カタカナで記入)						
			銀行・信用金庫		本店・支店		
			信用組合・農協		出張所		
	預金種別		口座番号 (右詰めで記入してください。)				
普通 当座							

雇用関係等証明書【事業所用】

年 月 日

使用者 住所 { 法人にあつては、  
主たる事業所の所在地 }

氏名 { 法人にあつては、  
名称及び代表者氏名 }

㊟

※使用者欄の代表者氏名について、自筆による署名の場合は押印不要です。

被使用者 住所

氏名

上記被使用者が骨髓等の提供を行った 年 月 日において、下記の条件のもとに使用関係にあつたことを証明します。

記

以上

1 勤務する事業所の所在地及び名称

2 業務の内容

3 勤務日及び勤務時間