様式第１号

年　　　月　　　日

　鳥取県福祉保健部健康医療局長　様

鳥取県骨髄ドナー提供支援金支給申請書（ドナー向け助成用）

上記支援金の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  申請者氏名 |  | | |
| 申請者連絡先  （電話番号またはメールアドレス） |  | | |
| 骨髄等の提供のために要した日数 | 日（①） | 申請額  ①×１万円まで（上限７万円） | 円 |

※骨髄等の採取（骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血もしくは末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子（G-CSF）の注射または入院を含む）を行っていない場合は対象外です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行  　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　信用金庫 | |
| 口座種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  |
|  |

※原則申請者本人の口座以外には振り込みができません。

【添付書類】

（１）県内に住所を有することが確認できる書類（運転免許証の写し等）

（２）日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に要した日を証明する書類の写し