

新潟市骨髄バンク ドナー支援事業申請書

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

申請者

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

骨髄バンク事業において骨髄又は末梢血幹細胞の提供を完了しましたので、新潟市骨髄バンクドナー支援事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

事業の名称	新潟市骨髄バンクドナー支援事業		
商品券交付申請額	円 ※入院 1 日あたり 2 万円（上限 1 0 万円）		
骨髄等の採取に伴う入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日）		
商品券の受領窓口 ※ご希望の窓口に☑を付けてください。	<div>【北 区】<input type="checkbox"/>北区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>北出張所</div> <div>【東 区】<input type="checkbox"/>東区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>石山出張所</div> <div>【中央区】<input type="checkbox"/>中央区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>東出張所<input type="checkbox"/>南出張所</div> <div><input type="checkbox"/>保健衛生総務課</div> <div>【江南区】<input type="checkbox"/>江南区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>横越出張所</div> <div>【秋葉区】<input type="checkbox"/>秋葉区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>小須戸出張所</div> <div>【南 区】<input type="checkbox"/>南区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>味方出張所<input type="checkbox"/>月潟出張所</div> <div>【西 区】<input type="checkbox"/>西区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>黒崎出張所<input type="checkbox"/>西出張所</div> <div>【西蒲区】<input type="checkbox"/>西蒲区役所健康福祉課<input type="checkbox"/>岩室出張所<input type="checkbox"/>西川出張所</div> <div><input type="checkbox"/>潟東出張所<input type="checkbox"/>中之口出張所</div>		
同意欄	新潟市骨髄バンクドナー支援事業に係る商品券の交付要件の確認のため必要があるときは、私の住民基本台帳について、市長が関係部署に報告を求めることに同意します。 氏 名 _____		

【添付書類】

- ☐骨髄等の採取に伴う入院期間が証された、公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書
- ☐同意欄に署名がない場合は、骨髄等の採取に伴う入院期間中の住所が確認できる住民票の写し
- ☐その他（ ）