

函館市骨髄バンクドナー助成金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、公益財団法人日本骨髄バンク（以下「骨髄バンク」という。）が実施する骨髄バンク事業において、骨髄または末梢血幹細胞（以下「骨髄等」という。）を提供した者等に対し、函館市骨髄バンクドナー助成金（以下「助成金」という。）を交付することにより、骨髄等の移植およびドナー登録の推進を図ることを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 骨髄バンクが実施する骨髄バンク事業において骨髄等の提供を完了した者（骨髄等の提供に関する最終同意を行った後に、提供が中止となった者を含む。）
- (2) 骨髄等の提供に関する他の助成金等（勤務先から支給される手当等を含む。）を受けていない者
- (3) 骨髄等を提供した日（最終同意後に骨髄等の提供が中止となった場合においては、最終同意日）において、函館市に住民登録がある者
- (4) 函館市に納付すべき税に滞納がない者

(助成金の額)

第3条 助成金の額は、骨髄等の提供に係る次の各号に掲げる事項を行うための通院および入院（以下「通院等」という。）の日数に骨髄等の提供に係る当該各号に掲げる事項を行うための面談をした日の日数を加えた日数（骨髄等の採取およびこれに関連した医療処置によって生じた健康被害に係る通院等および面談をした日の日数を除く。）に1万円を乗じて得た額とし、助成金の交付の対象となる日数の上限は10日とする。

- (1) 健康診断のための通院等

- (2) 自己血貯血のための通院等
 - (3) 骨髄等の採取のための通院等
 - (4) その他骨髄等の提供に関し、骨髄バンクまたは医療機関が必要と認める通院等および面談
- (助成金の交付申請)

第4条 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、函館市骨髄バンクドナー助成金交付申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添付し、骨髄等の提供が完了した日（最終同意後に骨髄等の提供が中止となった場合においては、中止となった日）の翌日から起算して90日以内に市長に提出しなければならない。ただし、市長がやむを得ないと認める場合は、この限りでない。

- (1) 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したこと（最終同意後に骨髄等の提供が中止となった場合においては、最終同意をしたこと）を証明する書類の写し
 - (2) 骨髄等の提供に係る通院等および面談をした日を証する書類の写し
 - (3) 住民票の写し
 - (4) 申請者の本人確認書類の写し
 - (5) 振込先口座の通帳等の写し
 - (6) その他市長が必要と認める書類
- (助成金の交付決定等)

第5条 市長は、前条の申請があった場合は、その内容を審査し、助成金の交付の可否を決定し、助成金を交付するときは、函館市骨髄バンクドナー助成金交付決定通知書（別記第2号様式）により申請者に通知するとともに、当該助成金を申請者が指定する金融機関口座に振り込むこととする。

2 前項の審査の結果、助成金を交付しないときは、函館市骨髄バンクドナー助成金不交付決定通知書（別記第3号様式）により申請者に通知するものとする。

(交付決定の取消し等)

第6条 市長は、この要綱に違反し、または虚偽その他の不正な手段等により、この助成金の交付を受けたものと認めたときは、前条第1項に定める交付決定の全部または一部を取り消すことができる。

2 市長は、前項の規定により助成金の交付決定を取り消したときは、函館市骨髓バンクドナー助成金交付決定取消通知書（別記第4号様式）により、申請者に通知するものとし、当該助成金の全部または一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

函館市骨髓バンク ドナー助成金交付申請書

年 月 日

函 館 市 長 様

申請者 住 所 〒

氏 名

電 話

函館市骨髓バンク ドナー助成金交付要綱第 4 条の規定により申請します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名			
骨髓等の提供を行 った日の住所 (注 1)	〒		
骨髓等提供完了日 又は中止日	年 月 日		
骨髓等の提供に係 る通院または面談 をした日 (注 2)	年 月 日, 年 月 日, 年 月 日 年 月 日, 年 月 日, 年 月 日 (計 日間)		
骨髓等の提供に 係る入院をした期 間 (注 2)	年 月 日 ~ 年 月 日 (計 日間)		
申請金額	10,000円 × () 日間 = () 円 ※申請金額は、10日間・100,000円が上限です。		

※注 1 最終同意後に骨髓等の提供が中止となった場合においては、最終同意日における住所

※注 2 骨髓等の採取およびこれに関連した医療処置によって生じた健康被害に係る通院等および面談をした日の日数を除く

2 誓約、確認事項

・私は、骨髓等の提供に関する他の助成金等（勤務先から支給される手当等を含む。）を受けていないことを誓約します。

・私は、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会および骨髓バンクや医療機関等に対し、通院状況等の照会を行うことについて同意します。

・私は、市担当者が函館市に納付すべき税の納税状況について担当部局に確認することについて同意します。

上記に相違ありません。

年 月 日 (自署) 氏名

3 振込先（申請者本人名義の銀行口座をご記入ください。）

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		
支店名	本店・支店・支所・出張所		
(フリガナ) 口座名義人			
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	

4 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したこと（最終同意後に、骨髄等の提供が中止となった場合においては、最終同意をしたこと）を証明する書類の写し
- (2) 骨髄等の提供に係る通院等および面談をした日を証する書類の写し
- (3) 住民票の写し
- (4) 申請者の本人確認書類の写し
- (5) 振込先口座の通帳等の写し
- (6) その他市長が必要と認める書類がある場合は、その書類