

大郷町骨髓バンクドナー助成事業

本町では、骨髓又は末梢血幹細胞の提供を行った方の負担の軽減および骨髓等の移植の推進を図るため、大郷町骨髓バンクドナー助成事業を実施しております。

対 象 者	大郷町に住所を有し、公益財団法人日本骨髓バンク(以下「骨髓バンク」という)が実施する骨髓バンク事業にて、骨髓又は末梢血幹細胞の提供(以下、「骨髓等の提供」という)を行った方。
申 請 期 限	骨髓等の提供の完了 または(中止した場合)は中止した日から <u>1年以内</u>
助 成 金 額	骨髓等の提供に係る <u>通院・入院・面談</u> に要した <u>日数×20,000 円</u> を助成します。なお、 上限金額は140,000 円 です。 (<u>対象となる入院・通院等</u>) ・最終同意のための面談 ・健康診断のための通院(最終同意以降の通院) ・自己血採血のための通院 ・骨髓等採取のための入院 ・その他、骨髓等の提供に関して、骨髓バンクが必要と認める通院等
提 出 書 類	① 大郷町骨髓バンクドナー助成金交付申請書兼請求書 ② 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証明する書類の写し(骨髓の提供が中止になった場合は、最終同意したこと又は中止を証明する書類の写し) ③ 骨髓等の提供に係る通院等をしたこと及び通院等をした日を証明する書類の写し ④ 希望する振込先口座の通帳の写し
注 意 事 項	● 振込先の通帳がご本人のものでない場合は、別途お手続きがございました。 ● 申請時に、税情報などを調査させていただきます。その調査の結果、助成対象と判断されない場合がございます。

【問い合わせ】大郷町役場保健福祉課 ☎022-359-5507