

(様式第1号) (第4条関係)

山ノ内町骨髓バンクドナー助成金交付申請書兼請求書(ドナー用)

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者 住所

氏名

印

電話番号

山ノ内町骨髓バンクドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請(請求)します。

1. 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名			
申請金額	20,000 円 × () 日 = () 円		
骨髓等の提供に係る通院 又は医師等と面談した日			
骨髓等の提供に係る入院 をした期間	年 月 日～ 年 月 日まで (日間)		
所属企業・ 団体等	所在地		
	名 称		
	連絡先		

2 請求内容

振 込 口座	金融機関名		本店・支店 出張所	
	フリガナ		預金種目	普通 ・ 当座
	口座名義人		口座番号	

※骨髓等提供者本人以外の口座には振込することができません。

3 確認事項 (確認の上□にレを入れてください)

- 私は、他の自治体等が実施する骨髓等の提供に関する助成金等の交付を受けていません。
- 私は、山ノ内町暴力団排除条例(平成24年山ノ内町条例第22号)に規定する暴力団員又は暴力団関係者には該当しません。
- 審査に必要な情報(住民基本台帳、勤務又は勤務先、通院等の状況等)について確認及び調査することに同意します。

署名 _____

4 添付書類

- (1) 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
- (2) 健康保険証の写し
- (3) ドナーが骨髓等の提供のために休暇を取得した日(週休日を除く。)が確認できる書類
- (4) その他町長が必要と認める書類