

様式第1号 (第4条関係)

須恵町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 須恵町長

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

須恵町骨髄等移植ドナー支援事業実施要綱第4条に基づき、次のとおり申請(請求)します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日生
氏名		月日	
勤務先	(電話番号)		
骨髄等を 提供した日 に おける住所	〒		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (うち対象 日分)		
骨髄等を 提供した日	年 月 日	申請金額	円

2 振込先 (申請者本人以外の口座には振込みできません。)

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ゆうちょ銀行の場合、支店番号は漢数字、口座番号は7桁の記載になります。

3 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了し、これを証する書類
- (2) 健康保険被保険者証その他の医療保険の被保険者である証明書の写し (生活保護受給者にあつては生活保護受給者証の写し)
- (3) 通帳の写しその他の振込先口座が確認できる書類

私の所属する企業・団体にドナー休暇制度がないこと及び他の法令等により骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていないことを申告します。

また、この申請に関して、町が町の保有する私の個人情報を読覧又は調査すること及び勤務先に問い合わせることに同意します。

年 月 日 氏名 (本人署名)