

神戸町骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

神戸町長 様

〒  
 (申請者) 住 所 神戸町  
 氏 名  
 電話番号

神戸町骨髓等移植ドナー助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

なお、交付対象者であることの確認のため、神戸町が住民基本台帳を確認すること、又は関係機関に照会することに同意します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
住 所	〒		
申請金額	円		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日分）		
確認事項	次の項目について確認のうえ、□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に関し、本町以外の地方公共団体、団体等からの同種の助成金を受け取っていない。		

※ 添付書類

- 日本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
- その他（ ）

骨髓移植ドナー助成金が決定的された場合、次の口座に振込みを依頼します。

振 込 口 座	金融機関名	銀行・金庫		本店・支店
		組合・農協		出張所
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	
	口座番号	(左詰記入)		

<自治体記入欄>

申請受理年月日	年 月 日	決 定 内 容	承認・不承認
決 定 年 月 日	年 月 日		