

様式第1号（第4条関係）

神戸町骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

神戸町長 様

申請者 住 所 〒

神戸町大字

氏 名

印

電話番号

神戸町骨髓移植ドナー助成事業実施要綱第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			
骨髓等の提供を行なった日の住所	〒 電話 ( ) (日中に連絡をとることができる電話番号)		
申請金額	円		
骨髓等の提供に係る通院又は医師との面談をした日	年 月 日	年 月 日	
骨髓等の提供に係る入院をした期間	年 月 日から	年 月 日まで	( 日間)

2 請求内容（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・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
	フリガナ	預金種目	当座 普通
(本人講座)	口座名義人	口座番号	

※振込先は、申請者本人の口座に限ります。

3 確認事項

- 私は、他の自治体等が実施する骨髓等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- 私の所属する企業又は団体等には、ドナー休暇制度がありません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、税等納付の状況）の提供、確認及び調査に同意します。

署名 \_\_\_\_\_

4 添付書類

- (1) 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行なったことを証する書類
- (2) 骨髓等の提供に係る通院等をしたこと及び当該通院等をした日を証する書類
- (3) その他 ( )