

大泉町骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

大泉町骨髓移植ドナー助成事業実施要項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ ----- 氏 名		生年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日 生
骨髓等の提供を 行った日の住所				
申請金額	円			
骨髓等の提供に係る通院又 は医師等との面談をした日	年 月 日	年 月 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)		
ドナー休暇取得日数	日			

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	普通 当座
	口座名義人	口座番号	

※提供者本人以外の口座には振込みできません。

3 確認事項（次の事項を確認し、□にチェックしてください。）

- 私は、他の自治体等が実施する骨髓等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、町税等の納付状況、通院等の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

※ドナー休暇制度について、所属する企業・団体等に確認する場合があります。

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 ()