

年 月 日

阿見町長 様

申請者 住 所
氏 名 印

阿見町骨髄移植ドナー支援事業補助金交付申請書兼請求書

阿見町骨髄移植ドナー支援事業補助金交付要第 4 条の規定に基づき、骨髄等の提供に係る補助金の交付について、次のとおり申請します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日	
氏名		月 日		
勤務先等	電話番号 () ※日中に連絡を取ることができる電話番号			
住所	〒 電話番号 () ※日中に連絡を取ることができる電話番号			
日数	健康診断		日	
	自己血貯血		日	
	骨髄等の採取		日	
	骨髄等の提供に関する説明、同意等の確認のための面接		日	
	その他骨髄バンク又は医療機関が骨髄等の提供のために必要と認めるもの		日	
	合 計		日	
申請金額	円			
確認及び同意欄	・私が所属する企業、団体等には、骨髄等の提供に係る休暇を有給休暇とする制度はありません。 ・この申請の審査に際し、町が住民基本台帳及び町税の納付状況を確認することに同意します。 氏名(自署) _____			

2 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類の写し
- (2) その他町長が必要と認める書類

補助金の交付の決定があったときは、次の口座に補助金の振込をしてください。

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