金ケ崎町骨髄等ドナー支援助成金交付申請書（骨髄等提供者用）

年　　月　　日

金ケ崎町長　様

申請者　住所　〒

氏名　　　　　　　　　　　印

電話番号

金ケ崎町骨髄等ドナー支援助成金交付要綱第４の規定により、次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 骨髄等の提供を行った日の住所 | 〒 |
| 骨髄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 |
| 骨髄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） |
| 申請金額 | 　円 |

２　振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・協同組合 |
| 本店・支店 |
| 種別 | □当座　□普通 | 番号 |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 |  | 番号 |  |

※提供者本人以外の口座には振込できません。

３　確認事項

* 私は、他の制度による骨髄等の提供に係る助成等を受けていません。
* 私は、町が審査に必要な情報（住民基本台帳、町税等納付状況、通院等の状況、勤務

先への問い合わせ等）を確認、調査等することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名

４　添付書類

1. 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
2. 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談したことを証する書類
3. その他（　 　 　　）