

鞍手町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

鞍手町長 様

申請者 住所：鞍手町.....

フリガナ

氏名：..... 印

※氏名は口座名義人と同一のこと

電話：.....

鞍手町骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

1. 申請内容

交 付 対 象 日	骨髄等の提供に係る通院又は 医師等との面談日	年 月 日	年 月 日
	骨髄等の採取に係る入院期間	年 月 日から	年 月 日 ( 日間)
上記の内休日		年 月 日	年 月 日
ドナー休暇制度利用期間		年 月 日から	年 月 日 ( 日間)
提供日時点の住所		<input type="checkbox"/> 上記と同じ (違う場合は、以下に記入) 〒           —	

2. 請求内容

申請金額		円	
銀行 信用金庫 協同組合		本店・支店 支店・支所 出張所	預金 種目 普通・当座
口座 番号		フリガナ	
		氏 名	

\*提供本人以外への口座には振り込みできません。

3. 確認事項

- 私は、暴力団等追放推進条例(平成 21 年規則第 15 号)第 2 条第 4 項及び第 5 号に規定する暴力団員並びに暴力団関係者ではありません。
- 私は、審査に必要な情報(住民基本台帳、町税の納付、通院等の状況等)の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、他の法令等による同種同類の助成金の交付を受けていません。

年 月 日

自署 \_\_\_\_\_