

（あて先）南部町長

申請者 住 所 南部町大字

氏 名 ⑨

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 - -

南部町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

南部町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 3 条の規定により、南部町骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

町長が助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求し、交付については、指定口座への振込みを希望します。

1 申請内容

勤 務 先		名称				
		所在地	青森県			
		ドナー休暇有無	有・無	ドナー休暇取得日数	年 月 日～ 年 月 日	
対 象 日	通院又は	年 月 日		年 月 日		
	医師面談日	年 月 日		年 月 日		
	入 院	年 月 日 ～		年 月 日（ 日間）		
申 請 日 数		日間	申 請 額 （ 請 求 額 ）		万円	

- 2 確認事項 ☐にチェックを入れてください。
- ☐ 私は、今回申請する助成金と同様の趣旨の他の助成金等の交付を受けていないことを誓約します。
- ☐ 私は、審査に必要な情報の提供、確認及び調査に同意します。

3 指定口座

金融機関名		銀行・農協・金庫・組合		本店 ・ 支店
預 金 種 目	普通 ・ 当座	口 座 番 号		
フリガナ 口座名義人				

※指定する口座は本人名義としてください。

4 添付書類

- ① 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了したことを証する書類の写し
- ② 骨髓等の提供に要した通院又は入院の日数を証する書類の写し
- ③ 勤務している事業所にドナー休暇制度がないこと又は全部若しくは一部の期間でドナー休暇を取得していないことを証する書類の写し
- ④ その他町長が必要と認める書類