

様式第1号（第4条関係）

下諏訪町骨髓バンクドナー助成金交付申請兼請求書（ドナー用）

年 月 日

下諏訪町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下諏訪町骨髓バンクドナー助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

また、助成金の申請に当たって、町が必要な情報（住民基本台帳、勤務又は所属先、通院等の状況等）について、当該助成事業の所管職員が確認及び調査することに同意します。

1 申請内容

フリガナ			生年月日	年 月 日生
氏 名				
申請金額	20,000 円 × () 日 = () 円			
・骨髓等の提供に係る通院又は医師等と面談をした日				
・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 (日分)			
所属企業・団体等	所在地			
	名 称			
	連絡先			

2 請求内容

振込口座	金融機関名			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	

※骨髓等の提供者本人以外の口座には振込みをすることができません。

3 確認事項（確認のうえ、□にレを入れてください）

- ☐ 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、下諏訪町暴力団排除条例（平成24年下諏訪町条例第19号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者には該当しません。

署名 _____

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明する書類
- (2) ドナーが骨髓等の提供のために休暇を取得した日（週休日を除く。）が確認できる書類
- (3) その他町長が必要と認める書類