

吉富町骨髓等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

吉富町長 様

(申請者)

(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

吉富町骨髓等移植ドナー助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、助成金を請求します。

1 申請内容

① 申請金額	円※1 (対象日数※2 日)	
② 骨髓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
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
③ 骨髓等の採取に係る入院期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
④ 上記のうち休日		
⑤ ドナー休暇利用日		
⑥ 骨髓等の提供を完了した日及びその日の住所	完 了 日	年 月 日
	住 所	申請者に同じ ・ 吉富町大字

※1 申請金額は、対象日数に2万円を乗じた金額(上限額20万円)を記入してください。

※2 対象日数は、②と③の合計日数から④と⑤の合計日数を減じた日数を記入してください。

2 請求内容 (次の口座への振り込みを依頼します。)

金融機関名	銀行・信用金庫 ()	本店・支店 出張所
口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通	2. 当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義※		

※ 提供者本人以外の口座には、お振り込みできません。

(裏面もご記入ください。)

3 同意及び確認事項□にチェック☑を付けてください。

- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、町税の納付、入院通院等の状況、勤務先へのドナー休暇制度の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、吉富町暴力団排除条例（平成 22 年条例第 3 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団員ではありません。町が必要な場合は、警察に照会することに同意します。
- 私は、他の法令等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。

年 月 日

署名

4 必要な添付書類

- 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、入院又は面談をした日を証する書類
- 3 申請者が所属する企業・団体等が発行する以下の内容を証する書類
 - (1) 対象期間中の申請者の休日
 - (2) 対象期間中に申請者がドナー休暇を取得した日
- 4 通帳の写しその他の振込先口座が確認できる書類
- 5 その他町長が必要と認める書類