

## 第1号様式（第4条関係）

年 月 日

西原町長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
連絡先

## 西原町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

西原町骨髄等移植ドナー助成金交付規程第4条第1項の規定により助成金の交付について、次のとおり申請（請求）します。

## 1 申請内容

|                                                                                                                                                                                       |             |                        |      |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|------|-------|
| 骨髄等提供者                                                                                                                                                                                | フリガナ        |                        | 生年月日 | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                                                       | 氏 名         |                        |      |       |
|                                                                                                                                                                                       | 骨髄等提供した日の住所 | 〒<br>西原町               |      |       |
|                                                                                                                                                                                       | 勤務先         | (電話番号 )                |      |       |
| 対 象 期 間                                                                                                                                                                               |             | 年 月 日から 年 月 日（うち対象 日分） |      |       |
| 骨髄を提供した日                                                                                                                                                                              |             | 年 月 日                  | 申請金額 | 円     |
| <p><input type="checkbox"/> 私は、私の所属する企業・団体等にはドナー休暇制度はないこと及び他の法令等による補助金や保険金などの金銭を受領していないことを誓約します。また、必要に応じて勤務先等へ問い合わせることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ 印 _____</p> |             |                        |      |       |

## 2 振込先（申請者本人以外の口座には振り込みできません。）

|       |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行・農協 |      | 本店・支店 |  |  |  |  |  |  |
|       | 信用金庫  |      | 出張所   |  |  |  |  |  |  |
| 預金種別  | 普通    | ・ 当座 | 口座番号  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |       |      |       |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義  |       |      |       |  |  |  |  |  |  |

【備考】以下の書類等を持参し、骨髄等を提供した日から起算して1年以内に申請してください。

- ・骨髄バンクが発行する骨髄等提供の証明書
- ・本人確認用書類の写し（骨髄等の提供時に市内に住所を有することが確認できる書類）
- ・完納証明書（町税に滞納がないことを示す証明書）
- ・通帳の写し（振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義のわかるもの）