様式第１号（第４条関係）

村田町骨髄バンクドナー助成金交付申請書兼請求書

　　　　年　　　月　　　日

村田町長

申請者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　印　（続柄　　）

電話番号

村田町骨髄バンクドナー助成金の交付を申請します。

申請にあたり、他の法令等により骨髄又は中止に係る助成金その他これに類するものの交付を受けていないことを誓約します。

なお、助成金交付の資格審査のため、必要な範囲において、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び勤務先等に問い合わせることについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 提供者氏名 | |  | |
| 住所 | | 村田町大字 | | | | |
| 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） | | | | |
| 骨髄提供日  （中止した場合は中止日） | | 年　　　月　　　日 | | 申請金額 | | 円 |
| 振込先（申請者名義に限ります） | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  信用金庫・信用組合  農業共同組合 | | 支店名 | | 本店  支店  出張所 | |
| 預金種別 | 普通・当座 | | 口座番号 | |  | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | |

【添付書類】

　（１）公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供等を証する書類

　（２）公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供等に係る通院等をしたこと

及び当該通院等をした日数を証する書類

（３）社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証又は加入者証の写し

（４）申請者の振込口座が分かる書類等の写し

（５）その他町長が必要と認める書類