

国見町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

国見町長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

国見町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒 国見町		
勤務先等	1 会社員 2 自営業 3 その他( ) 【勤務先名】		
申請金額	円		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日分)		
【確認事項・同意事項】 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供を行うための休暇制度を設けている企業、団体等に属していません。 <input type="checkbox"/> 他の自治体等の骨髓等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 助成金の交付決定にあたり、審査に必要な情報(住民基本台帳、ドナー休暇制度の状況等)について関係機関等に確認することに同意します。			

【振込先】

振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協 本店・支店
	口座番号	普通・当座
	フリガナ	
	口座名義人	

【添付書類】

- 1 公益財団法人日本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 骨髓等の提供に係る通院又は入院を証明する書類
- 3 就業規則等の写し
- 4 振込先の金融機関等の口座番号が確認できるもの(通帳の写し等)