

様式第 1 号 (第 5 条関係)

川俣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

川俣町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

川俣町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所	〒		
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）		
☐ 助成金の支給要件の決定のために、私の納税状況について川俣町長が住民課税台帳等により確認することに同意します。 ☐ 他の自治体等が実施する同様の助成金等の交付を受けていません。 ☐ 骨髄等の提供を行うための休暇制度を設けている企業、事業所等に属していません。			

振込先

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

<添付書類>

- 1 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
- 2 骨髄等の提供に係る通院又は入院した日を証明する書類
- 3 所属する企業、事業所等の就業規則等の写し（就業規則がある場合のみ）