様式第1号（第4条関係）

**邑南町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

邑南町長　　　　　　　　様

申請者住所　邑南町　　　　　　　番地

　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　電話

　　邑南町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、邑南町骨髄移植ドナー支援事業助成交付要綱第4条の規定に基づき下記のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所(骨髄等提供日時点) | 邑南町　　　　　　　　　　番　地 |
| 申請金額 | 　　　　　　　　円 |
| 提 供 日 | 年　　　月　　　日 |
| 対象期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで（　　日分） |
| 確認事項(内容をご確認の上☑を入れてください) | * 私の所属する企業・団体等には、ドナー休暇制度又は骨髄等提供の際に取得できるボランティア休暇制度はありません。
* 上記の骨髄等提供に関し、他の制度、他の自治体の制度等による同種同類の助成を受けていません。
 |

２　助成金振込希望口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行･信用金庫　　　　　　　　　　本店･支店合銀･農協　　　　　　　　　　　　出張所 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 預金種目 | 当座　 普通 |
| 口座名義 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

（注）申請者本人名義の口座を記載してください。

３　添付書類

・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

・骨髄バンクが発行した通院等を証明する書類

同　意　書

　　　　年度邑南町骨髄移植ドナー支援事業助成金の助成対象者の要件を審査するため、私の住民記録及び町税の滞納状況を閲覧し、又は必要がある場合に関係機関へ照会することに同意します。

　　年　　月　　日

申請者　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞