

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

小川町骨髓移植ドナー助成費交付申請書兼請求書

小川町長

宛て

住 所 小川町

申請者 氏 名

印

電話番号

私は、骨髓移植ドナー助成費の交付を受けたいので、小川町骨髓移植ドナー助成費交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

なお、この申請に基づく助成費の交付決定に当たり、町税の滞納がないことを確認すること、及びその他確認等が必要な場合には、勤務先等に町が照会することに同意します。

ド ナ ー	フ リ ガ ナ			
	氏 名			
	生年月日（年齢）	年	月	日（歳）
	住 所	〒	—	
		小川町		
		☎		
勤 務 先		☎		
		1 会社員 2 自営業 3 その他（ ）		
ド ナ 一 休 暇 制 度		有（利用 有・無）・無		
申 請（請 求）額		円		
対 象 期 間		年 月 日 から	年 月 日	（ 日分）

※振込先の口座は、ドナー本人の口座のみになります。

振込先	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所					
	口座番号	普通・当座	(記号)	※右づめで記入				
				・	・	・	・	・
	フ リ ガ ナ							
口座名義人								

添付書類

- (1) 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) その他町長が必要と認める書類

申請期限

骨髓等の提供が完了した日から90日以内