

様式第1号（第4条関係）

東峰村骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）東峰村長

申請者 住 所 〒

ふりがな
氏 名
生年月日
電話番号

東峰村骨髄等移植ドナー助成事業実施要綱第4条の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。また交付決定があった場合は以下のとおり請求します。

1 申請内容 □上記申請者住所と同じ（異なる場合は下記に記入）

骨髄等提供日時点の住所	□上記申請者住所と同じ（異なる場合は記入）	提供日	年 月 日
勤 務 先	電話番号		
申請金額	日（上限10日）×20,000円= 円		
健康診断のための通院等	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
自己血採血のための通院等	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
骨髄等採取のための入院	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
その他（ ）	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
通院等合計期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
上記期間のうち休日、有給 休暇、ドナー休暇等利用日	日		

2 振込先（申請者本人以外の口座には振込できません。）

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
	フリガナ	預金種目	普通 ・ 当座
	口座名義人	口座番号	

3 添付書類

- 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供（採取術）が行われたことを証する書類
- 骨髄等の提供に係る通院等をした日を証する書類
- 骨髄等ドナーに係る休暇等取得証明書（様式第2号）
- 通帳の写しその他振込先口座が確認できる書類

4 確認事項

- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳や村税の納付）の確認及び調査に同意します。
- 私は、申請内容にかかる骨髄等の提供において、他の法令等による骨髄等の提供に係る助成金等の交付は受けていません。

年 月 日 署名（自署） _____