

島本町骨髓等移植ドナー助成金申請書

年 月 日

（宛先）島 本 町 長

（申請者）現 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

（日中に連絡を取ることができる電話番号を御記入ください。）

ドナーとなった者との続柄（ ）

骨髓等移植ドナー提供に係る費用の助成を受けたいので、島本町骨髓等移植ドナー支援事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。助成金については、次の口座へ振込みを依頼します。

1 申請内容

ドナーとなった者 （ <input checked="" type="checkbox"/> 印又は記入）	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ（以下、記入不要） <input type="checkbox"/> 上記申請者と異なる（以下に記入） 氏 名 生年月日 年 月 日
骨髓等の提供が完了した日の住所 （ <input checked="" type="checkbox"/> 印又は記入）	<input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記申請者の現住所と異なる（以下に記入） 島本町_____
骨髓等の提供が完了した日	年 月 日
申 請 金 額	_____日間 × 2万円 = 金 _____0,000円 ※ 7日間・140,000円が上限

2 振込先

（金融機関名）		（銀行コード 4桁）
（支店名）		（支店コード 3桁）
（預金の種別） 普通・当座	（口座番号 7桁）	
口座名義	（カナ）	

3 同意・誓約事項（必ず確認の上、□にレを記入してください。）

- 島本町が住民基本台帳、通院の状況等、審査に必要な情報を関係機関に照会すること及び関係機関がこの照会について回答することに同意します。
- 私を雇用する事業主がこの補助金の交付を申請する場合において、私が提出した骨髄バンク発行書類が利用されることについて同意します。
- 国、他の地方公共団体等が実施する同種又は同類の助成金等を受けておらず、今後も受けません。
- 虚偽の申請その他の不正の手段で助成金の支給を受けたとき又は町長が不相当と認めるときは、支給された助成金を島本町に返還します。

【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する書類
- ・骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る通入院等を証する書類
- ・その他町長が必要と認める書類