

島本町骨髓等移植ドナー補助金実績報告書

年 月 日

(宛先) 島 本 町 長

(申請者) 所 在 地
事 業 所 名
代表者職氏名
電 話 番 号

島本町骨髓等移植ドナー補助金の交付を受けたいので、島本町骨髓等移植ドナー支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

ドナー	氏 名		生年月日	年 月 日
	骨 髄 等 の 提 供 が 完了した日の住所			
	骨髓等の提供 が完了した日	年 月 日		
	勤務事業所の 所 在 地	☐ 上記申請者の所在地と同じ ☐ 上記申請者の所在地と異なる（以下に記入） 島本町_____		
交付対象日数のうち、 有給ドナー休暇の付与日数		_____ 日間		
申 請 金 額		_____ 日間 × 1万円 = 金 _____ 0,000 円 ※ 7日間・70,000円が上限		

2 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及び上記ドナーに照会すること並びに関係機関及び上記ドナーがこの照会について回答することに同意します。
- ☐ 国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人又は国立大学法人ではありません。
- ☐ 国、他の地方公共団体等が実施する同種又は同類の補助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補助金の交付を受けたとき又は町長が不適当と認めたときは、交付された補助金を島本町に返還します。

【添付書類】

- ・骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類
- ・骨髓バンクが発行した骨髓等の提供に係る通入院等を証する書類
- ・雇用証明書兼有給ドナー休暇付与証明書（様式第5号）
- ・その他町長が必要と認める書類