様式第１号（第４条関係）

鬼北町骨髄バンクドナー支援事業補助金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

鬼北町長　様

申請者　住　所　鬼北町大字

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　（電話　　　　－　　　　－　　　　　）

　鬼北町骨髄バンクドナー支援補助金の交付を受けたいので、鬼北町骨髄バンクドナー支援補助金交付要綱第４条の規定により申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 骨髄等を提供した日 | 年　　月　　日 |
| 提供時の住所 | 鬼北町大字 |
| 対象期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで  （うち対象　　日分） |
| 申請金額 | 円 |

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | | | |
| 金融機関名  (ゆうちょ銀行以外) | 銀行・組合  金庫・農協 | | | | | 本店・支店  　　　　　　　　支所・出張所 | | | |
| 種　別 | | 当座　・　普通 | | | 口座番号 | |  | |
| ゆうちょ銀行 | 記号 |  | | 種目 |  | | 口座番号 | |  |

※申請者と振込先の口座名義は同一名を記入してください。

３　確認事項

* 私は、他の法令等又は他の地方公共団体の助成制度により骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
* 私は、町が審査に必要な情報（住民基本台帳、町税納付状況、通院等の状況等）を確認、調査等することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署　名　　　　　　　　　　　　　㊞

４　添付書類

1. 公益財団法人日本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
2. 骨髄等の提供に係る通院又は入院をした日を証する書類