様式第１号（第４条関係）

玄海町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　年　　　月　　　日

玄海町長　様

玄海町骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、玄海町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第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。

１　申請内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申 請 者 氏 名 |  |
| 電　話　番　号 |  | | |
| 骨髄等を提供した日の住所 | 玄海町 | | |
| 現　住　所 | □同上 | | |
| 対　象　期　間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで  　　　　　　　　　　　（うち対象　　　　日間） | | |
| 骨髄等を提供した日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 申　請　金　額 | 円 | | |

２　請求内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　確認事項（次の□にチェック☑を入れてください。）

　　私は、次のことを確認のうえ申請します。

* 他の自治体などから骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
* 住民基本台帳の確認並びに審査に必要な情報（入院、通院の状況等）の医療機関、財団等への確認及び調査に同意します。

４　添付書類

1. 財団が発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類
2. 骨髄等を提供するために要した通院及び入院等がわかる書類
3. その他町長が必要と認める書類