

様式第1号（第4条関係）

小豆島町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書

年 月 日

小豆島町長 様

〒

住所.....

申請者 氏名.....

電話.....

小豆島町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、必要書類を添え骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を申請します。なお、審査にあたり、町が所有する個人情報を開覧すること及び所属する団体・企業等へ問い合わせすることに同意します。

記

（助成対象者）

住 所	小豆島町
氏 名	
生年月日	年 月 日
対象期間 (うち助成対象日数)	年 月 日から 年 月 日まで ( 日分)
申請金額	円
確認事項	所属する企業・団体等について 1. 名称 ( ) 2. ドナー休暇制度等の有無 ( あり ・ なし ) ※所属する企業・団体等にドナー休暇制度等がある方は対象となりません。

（振込先金融機関）

金融機関名	銀行・金庫 農協	本店・支店 出張所・支所
口座番号	普通 ・ 当座	
(フリガナ) 口座名義人		

※ 助成対象者以外の口座の場合は、委任状が必要になります。

申請に必要な書類

- ① (公財)日本骨髄バンクが発行する骨髄・末梢血幹細胞の提供が完了したことを証する書類 (通院日又は入院日等が分かるもの)
- ② マイナンバーカード、保険証、免許証、パスポート等身分が証明できるもの
- ③ 振込先金融機関の口座が確認できるもの