

様式第1号（第5条関係）

広川町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

広川町長 様

申請者 住所

(フリガナ)

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号 - -

広川町骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第5条の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

1 申請内容

①申請金額	円（対象日数 日）	
②骨髄等の提供に係る通院 又は医師等との面談日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日
③骨髄等の採取に係る入院 期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで（ 日間）	
	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで（ 日間）	
	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで（ 日間）	
④上記のうち休日		
⑤ドナー休暇利用日		
⑥骨髄等の提供を完了した 日及びその日の住所	完了日	令和 年 月 日
	住所	

※対象日数は、②、③の合計日数から、④、⑤の合計日数を減じた日数を記入してください。

※申請金額は、対象日数に2万円を乗じた金額（上限額20万円）を記入してください。

2 請求内容（次の口座への振込みを依頼します。）

金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店				
預金種目	普通・当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							

※提供者本人以外の口座には振込できません。口座番号は右詰めでご記入ください。

※裏面に続きます

3 同意及び確認事項 にチェックを付けてください。

私は、審査に必要な情報について住民基本台帳の確認、町税等滞納調査をされることに同意します。

私は、広川町暴力団排除条例第2条第1号及び第2号に規定する暴力団等又はこれらの者と密接に関係を有する者ではありません。町が必要な場合は、警察に照会することに同意します。

私は、他の法令等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。

【添付書類】

1 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類

2 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証する書類

3 申請者が属する企業・団体等が発行する以下の内容を証する書類

(1) 対象期間中の申請者の休日

(2) 対象期間中に申請者がドナー休暇を取得した日

4 振込先口座が確認できる書類

5 その他町長が必要と認める書類