

新温泉町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書

年 月 日

新温泉町長 様

(申請者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印

新温泉町骨髄等移植ドナー支援事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 同意事項

- 本申請の審査に必要な範囲で、新温泉町が住民基本台帳情報の確認を行うこと。
- 新温泉町が骨髄バンクに対して、要綱第3条第2項各号に掲げる事項について照会し確認すること。
- 新温泉町から以前居住していた自治体に対し、助成の有無について照会し確認すること。

2 申請内容

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
骨髄等提供日時点の住所	〒 新温泉町 電話番号：		
骨髄等の提供に係る通院又は医師等と面談した日	年 月 日、	年 月 日	(計 日間)
骨髄等の提供に係る入院をした日数	年 月 日～	年 月 日	(計 日間)
交付申請額	20,000円 × 日間 =		

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

※口座名義人は申請者の個人名義であること

4 添付書類

- 骨髄バンクが発行した骨髄等の提供を行ったことを証明する書類
- 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証明する書類
- 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等の写し
- 身分を証明する書類の写し

【町記入欄】

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------------------	-------