

入善町骨髄バンクドナー助成金交付申請書

入善町長

殿

申請者 住 所

氏 名

㊞

電話番号

入善町骨髄バンクドナー助成金の交付を受けたいので、入善町骨髄バンクドナー助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

私は、私の所属する企業・団体等にドナー休暇制度がないこと、他の地方公共団体等から同種の助成金等の交付を受けていないこと及び入善町暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員もしくは同条第1号に規定する暴力団又はこれらのものと密接な関係を有している者でないことを誓約します。また、審査に必要な情報（住民基本台帳、町税等納付状況、勤務先等）の提供及び調査に同意します。

1 申請内容

ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日
骨髄等提供した日における住所	〒		
勤務先	(電話番号)		
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで		
申請日数 (上限7日)	日	骨髄等の提供 日又は中止日	年 月 日
申請金額	日×20,000円＝ 円(上限14万円)		

2 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に係る面接、通院及び入院を行ったこと並びにその日数を証する書類
- (2) その他町長が必要と認める書類