

様式第1（第4条関係）

年 月 日

美浜町骨髓移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼交付請求書

美浜町長様

申請者

住所

氏名

印

生年月日

() 歳

電話番号

美浜町骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、美浜町骨髓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、次のように申請します。

1.申請内容

助成申請金額	金 円
提供に要した期間	年 月 日～ 年 月 日 (うち 日分) 上限7日
骨髓等の提供日	年 月 日

2.請求内容

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

※口座名義人は申請者氏名と一致すること。

【確認事項】 にチェックを入れてください。

他の地方公共団体が実施する同種同類の助成金等の交付を受けていません。

審査に必要な情報（住民基本台帳、入院通院等の状況等）の提供、確認および調査に同意します。

【添付書類】

1.公益財団法人日本骨髓バンクが発行した骨髓・末梢血幹細胞の提供が完了したことを証明する書類

2.その他 ()