

第1号様式（第4条関係）

寒川町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

(宛先) 寒 川 町 長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

寒川町骨髓等移植ドナー支援事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。
なお、住民基本台帳の確認及び勤務先に雇用関係や休暇制度について照会することに同意します。

生 年 月 日	年 月 日
勤 務 先 名 称	
勤 務 先 住 所	
骨 髓 提 供 日	年 月 日
交 付 対 象 期 間 (うち助成対象日数)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
申 請 金 額	日間×2万円＝ 円
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関名、口座名義人及び口座番号がわかるものの写し <input type="checkbox"/> その他 ()

振 込 先 口 座	金融機関	銀 行 農 協 金 庫		支 店 支 所 出張所
	口座	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ 氏 名		