様式第１号（第４条関係）

（表面）

年　　月　　日

東海村長　　　　　　　様

申 請 者　　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　印

電話番号

東海村骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書

東海村骨髄ドナー助成金の交付を受けたいので，東海村骨髄ドナー助成金交付要綱第４条の規定により，下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　申請内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  |
| 住所 | 〒 | 職業 | 勤務先  （　　　　　　　　　　） | |
| 通院等  の日数 | 健康診断 | | | 日 |
| 自己血貯血 | | | 日 |
| 骨髄等の採取 | | | 日 |
| その他 | | | 日 |
| 合計 | | | 日 |
| 申請金額 | 円 | | | |

※添付書類　公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供を証明する書類

２　振込口座（骨髄等の提供をした本人の口座に限る。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　本店・支店  信用組合　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金種目 | 普通　・　当座 | | | | | | |
| 口座名義 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

（裏面）

３　確認事項

□　私は，この助成金以外の骨髄等の提供に係る助成金等を受けていません。

□　私は，所属する企業・団体等で，骨髄等の提供に必要な検査，入院等のための有給の休暇を取得することができません。

※上記の休暇を取得できる場合は，助成の対象外です。

□　私は，審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

自署