

石川町骨髓移植ドナー補助金申請書兼請求書

年 月 日

石川町長 様

住所
申請者 氏名 ⑩
電話番号

石川町骨髓移植ドナー補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1. 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日
氏名		月 日	
住所	〒		
申請金額	円		
骨髓等の提供に係る通院又は医師等との面接をした日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	
骨髓等の提供に係る入院をした期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		

2. 請求内容（次の口座に振り込みを依頼します。）

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店
	フリガナ	預金種目	普通 当座
	口座名義人	口座番号	

3. 確認事項

☐私は、他の地方公共団体により補助金に相当する補助金その他これに類するものの交付等を受けていません。
☐私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、通院等の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

署名

添付書類

- （1）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
- （2）骨髓等の提供に係る通院又は入院した日を証する書類
- （3）町税を滞納していないことを証明する書類
- （4）その他町長が必要と認める書類