様式第1号(第5条関係)

年　　　月　　　日

福智町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

福智町長　殿

申請者　　　住　　所　〒

氏 名

生年月日

電話番号

福智町骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第5条の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請(請求)します。

1 申請内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年  月日 | 年　　　月　　　　日 | |
| 氏名 |  | |
| 勤務先 | （電話番号　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 骨髄等を  提供した日に  おける住所 | 〒 | | | | |
| 対象期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日まで（うち対象　　　日分） | | | | |
| 骨髄等を  提供した日 | 年　　　月　　　日 | 申請金額 | | | 円 |

※対象日数は、②、③の合計日数から、④、⑤、⑥の合計日数を減じた日数を記入してください。

※申請金額は、対象日数に2万円を乗じた金額(上限額20万円)を記入してください。

2　振込先(申請者本人以外の口座に振り込むことはできません。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　農協・信用組合 | | 本店・支店  支所・出張所 | | | | | | |
| 預金種別 | 普 通 ・ 当 座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

3　添付書類

(1)　公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄等の提供に係る面談、通院又は入院を行ったことを証する書類

(2)　骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書(様式第2号)

(3)　助成金の振込先が確認できる書類

(4)　その他町長が必要と認める書類

|  |  |
| --- | --- |
| 私は、この申請に係る審査に当たり、住民基本台帳を閲覧されること並びにこの申請書及び添付書類に記載された事項に関する情報を勤務先に照会されることに同意します。  また、私は、福智町骨髄等移植ドナー助成金と同様の趣旨の他の助成金等の交付を受けていないことを誓約します。さらに、私は、福智町暴力団排除条例(平成22年福智町条例第1号)第2条第1号に規定する暴力団又は同条第2号に規定する暴力団員若しくは、これらの者と密接な関係を有する者のいずれにも該当しないことを誓約します。 | |
| 年 月 日 | 氏 名 　　　　　　　　　　　　　　　印 |