

岩手町骨髓ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（骨髓等提供者用）

年 月 日

岩手町長 様

申請者 住所 〒

氏名 印
電話番号

岩手町骨髓ドナー支援事業助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日				
骨髓ドナー氏名			年 月 日				
骨髓等の提供を行った日の住所	〒						
骨髓等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日	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 (日間)				
申請（請求）額	円						
振込先	金融機関		種別	口座番号			口座名義
	銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座				フリガナ

※ドナー提供者本人以外の口座には振込できません。

（添付書類）

- 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を行ったことを証する書類
- 骨髓等の提供に係る通院、入院又は面談したことを証する書類

（確認事項）

- 私は、他の制度による骨髓等の提供に係る助成等を受けていません。
- 申請内容の確認のため、町職員が申請者の個人情報等必要な情報を確認、調査することに同意します。

以上のとおり相違ありません。

署名 _____