

第1号様式（第4条関係）

関川村骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

（宛先）関川村長

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号

関川村骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付について、関川村骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

通院日数	日
入院日数	日
申請金額	円 （1日2万円、限度額14万円）

2 確認事項

- ・私は、関川村骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請に係る住民基本台帳の閲覧について同意します。
- ・私は、他の地方公共団体から骨髄等の提供に関する助成金その他これに依頼するものの交付を受けていないことを申告します。
- ・勤務先の有無（いずれかを○で囲む） 有 無

年 月 日

自署 氏名

3 振込先

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所 店
フリガナ	普通	・ 当座
口座名義人	口座番号	

4 添付書類

- （1）公益財団法人日本骨髄バンクの骨髄事業に関する手続がされたことを証明する証明書（公益財団法人日本骨髄バンクが発行したもの）
- （2）勤務先が分かるもの（任意様式）
- （3）その他村長が必要と認める書類