様式第1号（第４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

綾川町長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住　　所： | 綾川町 |
| 申請者 | 氏　　名： | 印 |
|  | 電話番号： |  |

綾川町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

綾川町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

なお、助成の可否を決定するにあたり、私の住民基本台帳情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．申請内容 | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | 昭　和 | | 年　　月　　日生 | |
| 氏名 |  | | | 平　成 | |
| 住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | |
| 綾川町 | | | | | | | | |
| 電　話　　　　（　　　　　）　　　　　　（日中に連絡をとることができる電話番号） | | | | | | | | |
| 申請金額 | 円 | | | | | | | | |
| 対象期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで（　　日分） | | | | | | | | |
|  | 名　　称 |  | | | | | | | |
| 勤務先 | 住　　所 |  | | | | | | | |
|  | 電話番号 |  | | | | | | | |
| 助成金の有無 | | 無　　　有（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
| ２．請求内容 | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関名 | | 銀行・信用金庫 | | | | 本店・支店 | | |
| 信用組合・農協 | | | | 出張所 | | |
| フリガナ | |  | | 預金種目 | | 当座　、　普通 | | |
| 口座名義人 | |  | | 口座番号 | |  | | |

　（添付書類）１　公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄提供の証明書

　　　　　　　２　完納証明書（町税に滞納が無いことを示す証明書）

　　　　　　　３　振込先口座の通帳の写し

※担当者記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　月　　日 | 交付・不交付決定日 | 年　　月　　日 |
| 確認欄 | 住所□　証明書□　納税□ | 交付金額 | 円 |