

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 平 成	年 月 日生
氏名				
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)			
勤務先	名 称			
	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 信用組合・農協		本店・支店 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

