

年 月 日

綾川町長 殿

申請者 氏名： _____

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。

※同意事項 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及び町税の納付状況について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（ドナー本人の口座を記載）

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が完了又は最終同意後に中止になった事を証明する書類
2 運転免許証など身分証明のできるもの、ドナー名義の通帳の写し

※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 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 納税 <input type="checkbox"/>	交付金額	円