

利根町長

宛

申請者 氏 名

印

利根町骨髄移植ドナー助成費交付申請書兼請求書

利根町骨髄移植ドナー助成費交付要綱第4条の規定に基づき、骨髄移植ドナー助成費の交付について次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		職 業		生 年 月 日	昭和・平成
氏 名			勤務先 ()		年 月 日生
住 所	〒 電話 () ※日中に連絡をとることができる電話番号				
日 数	健康診断				日
	自己血貯血				日
	骨髄等の採取				日
	その他骨髄等の提供のために必要なもの				日
合 計				日	
申請金額					円

2 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）※提供者本人の口座に限る。

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 骨髄等の提供を証明する書類【(公財)日本骨髄バンクが発行する証明書等】

3 確認事項

私は、この助成費以外には、骨髄ドナーに係る助成を受けておらず、私の所属する企業・団体等には、骨髄ドナーに対する休暇（休業）制度はありません。

※ドナー特別休暇制度やボランティア休暇制度等の適用がある場合は助成対象外です。

私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

自 署 _____