

大山崎町長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

大山崎町骨髄ドナー助成金交付申請書兼請求書

大山崎町骨髄ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日
氏名		月日	
骨髄等の提供を行った日の住所	〒		
申請金額	円		
骨髄等の提供に係る通院又は医師等との面談をした日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
骨髄等の提供に係る入院をした期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		

2 請求内容（次の口座に振り込みを依頼します。）

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	普通 当座				
	口座名義人	口座番号					

※提供者本人以外の口座には振込できません。

3 確認事項

- 私は、他の自治体等が実施する骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていません。
- 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、通院等の状況等）の提供、確認及び調査に同意します。

署名 \_\_\_\_\_

4 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等の提供を行ったことを証する書類
- (2) 骨髄等の提供に係る通院等をしたこと及び当該通院等をした日を証する書類
- (3) その他 ( )