様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

朝日町骨髄バンクドナー助成金交付申請書兼請求書

朝日町長あて

申請者　住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

朝日町骨髄バンクドナー助成金の交付を受けたいので、朝日町骨髄バンクドナー助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

私は、私の所属する企業・団体等に有給のドナー休暇制度がないこと、他の地方公共団体等から同種の助成金等の交付を受けていないこと及び朝日町暴力団排除条例第２条第３号に規定する暴力団員等と密接な関係を有している者でないことを誓約します。また、審査に必要な情報（住民基本台帳、町税等納付状況、勤務先等）の提供及び調査に同意します。

１　申請内容

氏　名		生年月日	年　月　日
骨髄等提供した日又は中止した日における住所	〒 朝日町		
勤務先	（名称）　　（電話番号）		
対象期間	年　月　日から　年　月　日まで		
申請日数（上限７日）	日	骨髄等の提供日又は中止日	年　月　日
申請金額	日　×　２万円　＝　　円（上限１４万円）		

２　振込先　※申請者（ドナー）本人の口座に限ります。

金融機関名		支店名							
		本店　・　支店 出張所							
フリガナ		口座種別	口座番号						
口座名義人		１　普通 ２　当座							

３　添付書類

(1)　骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に係る面接、通院及び入院を行ったこと並びにその日数を証する書類

(2)　助成金の振込先が確認できる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）

(3)　その他町長が必要と認める書類