

稲美町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

稲美町長 様

稲美町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。なお、審査に際し、必要な情報(住民基本台帳、通院状況、町税の納税状況等)について町が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	年 月 日
氏名		電話	
現住所	〒675- 加古郡稲美町		
骨髄等提供日 時点の住所	〒675- 加古郡稲美町		
骨髄等の提供に係 る通院又は医師等 と面談した日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	(計 日間)		
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	(計 日間)	
交付申請金額	20,000円 × (計 日間) = 円		

2 請求内容 (次の口座への振込を依頼します。)

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	

※ドナー本人以外の口座には振込できません。

住所 加古郡稲美町

氏名

印

3 添付書類

- (1)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)骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談をした日を証する書類
- (3)その他町長が必要と認める書類