

第1号様式（第5条関係）

天栄村骨髓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

天栄村長 様

申請者 住 所 (〒 )

フリガナ  
氏 名  
電話番号

天栄村骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、天栄村骨髓等移植ドナー助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請・請求します。

1 申請内容

ド ナ ー	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所 (骨髓等提供日 時点)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 岩瀬郡天栄村大字		
骨髓等の提供を行った日		年 月 日		
対象期間		年 月 日 ~ 年 月 日まで ※実際に通院、入院又は面接した日数 ( 日分)		

2 請求内容 (次の口座への振込を依頼します。)

※上限は7日分 140,000円

請求金額	20,000円 × ( )日分 = <input type="text"/> , <input type="text"/> 円			
振込口座  ※申請者 名義に限る	金融機関名		店名	本店 支店 支所
	預金種目	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号	<input type="text"/>	口座名義人	

3 確認事項 (□に✓をつけてください)

- 審査に必要な情報 (住民基本台帳、納税の有無等) の提供及び調査に同意します。
- 他の自治体を実施する同種同類の助成金等の交付を受けていません。
- 暴力団等の関係を有していないことを誓約します。
- 私 (ドナー) の所属する「企業、団体等」には、ドナー休暇がありません。

**【添付書類】**

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供が完了したことを証する書類
- (2) 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面接した期間を証する書類
- (3) 村税を滞納していないことを証明する書類
- (4) 雇用関係等証明書（第2号様式）及び就業規則等の写し又は休業に係る申立書（第3号様式）及び自ら事業を営んでいることを確認できる書類
- (5) 村長が必要と認める書類