

様式第1号（第4条関係）

勝浦町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

勝浦町長 様

申請者 住所

氏名

勝浦町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付について、勝浦町骨髓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。

1 申請内容

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
骨髓等提供日 における住所等	〒	—	電話番号 ()
申請金額等	金	円	(対象日数 日分)
骨髓提供完了年月日		年 月 日	
勤務先	名称等	電話番号 ()	
	骨髓等を提供するための 特別休暇制度の有無	(あり ・ なし)	

2 誓約事項

- 私は、町税を滞納していません。
- 私は、他の自治体等から本事業と同様の目的の助成等を受けていません。
- 私は、町が、助成金の審査に必要な情報（住民基本台帳、町税の納付状況に関する情報等）を関係機関に確認及び調査等を行うことに同意します。

3 添付書類

- (1) 骨髓バンクが発行する証明書（骨髓バンク事業において骨髓等を提供したこと及び通院等の日数を証明するもの）
- (2) 本人確認ができる書類
（運転免許証、健康保険証の写し等）

様式第2号（第4条関係）

勝浦町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（ドナー用）

年 月 日

勝浦町長 様

請求者 住所
氏名
電話番号

勝浦町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の請求について、勝浦町骨髓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、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円	(対象日数	日分)
------	---	---	-------	-----

2 口座振込先

金融機関名		店舗名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			