様式第１号（第４条、第６条関係）

深浦町骨髄ドナー支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー助成用）

　　　　年　　月　　日

深　浦　町　長　　殿

申請者　住　　所　深浦町大字

　　　　（フリガナ）

氏　　名

生年月日　　　年　　月　　日生

電話番号

深浦町骨髄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、骨髄ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

町長が深浦町骨髄ドナー支援事業助成金交付要綱第６条の規定により助成金の交付を決定したときは、下記のとおり助成金を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　業  及び  勤務先 | (勤務している場合)  勤務先におけるドナー休暇制度の有無　　有　・　無  ドナー休暇取得期間　　　年　月　日～　　　年　月　日（　日間） | | |
| 骨髄等の提供に要した期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（実日数　　日間） | | |
| 申請日数 | 日間 | 申請額（請求額） | 円 |

指定口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名  支　店　名 | 普通  当座 | 口座番号 |
| (ふりがな)  口座名義 | | |

確認事項

□私は、他の自治体が実施する同種同類の助成金等を受けていません。

添付書類

□骨髄等の提供が完了したことを証する書類の写し

□骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類の写し

□勤務している事業所にドナー休暇制度がないこと又はドナー休暇制度を有している事業所に勤務し、当該休暇制度の全部若しくは一部の期間でドナー休暇を取得していないことを証する書類の写し

□町税の納付状況を公簿等により確認することに同意する文書