第１号様式（第４条関係）

大井町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年　　月　　日

大井町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

大井町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 勤務先 |  |
| 対象期間  (うち助成対象日数) | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　日間） |
| 骨髄提供日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請金額 | 日間　×　２万円　＝　　　　　　　　　円 |
| 同様の助成金 | □　交付を受けていない |
| 添付書類 | * 骨髄等の提供に係る通院等の日数を証する書類 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同意書  大井町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付のため、申請者の住民登録記載事項に関する調査、町税等の滞納調査及び勤務先等に問い合わせることに同意します。  申請者氏名　　　　　　　　　　　　㊞ | |