

平内町骨髄ドナー支援事業奨励金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

平内町長 殿

〒
 申請者 住 所 平内町
 氏 名 ⑩
 生年月日（ 年 月 日生）
 電話番号

平内町骨髄ドナー支援事業奨励金交付要綱第4条の規定により、骨髄ドナー支援事業奨励金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

町長が平内町骨髄ドナー支援事業奨励金交付要綱第6条の規定により奨励金の交付を決定したときは、次のとおり奨励金を請求し、奨励金の交付については指定口座への振込みを希望します。

勤 務 先	事 業 所	(勤務先におけるドナー休暇制度の有無 有 ・ 無)	
	所 在 地		
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 (日間)		
申 請 日 数	日	申 請 額 (請 求 額)	円

私は、町がこの奨励金の審査に必要な情報の提供、確認及び調査をすることに同意します。

添付書類

- (1) 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等の日数を証する書類
- (3) 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

指定口座

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協		本店 支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ	-----		
口座名義人	-----		

※申請ができるのは、骨髄等の提供が完了した日から起算して3月以内です。