

様式第1号（第4条関係）

富士見町骨髄等移植ドナー補助金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

富士見町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

富士見町骨髄等移植ドナー補助金交付要綱第4条の規定に基づき、骨髄等移植ドナー補助金の交付について次のとおり申請（請求）します。

また、町が交付要件の確認のため町税等の納入状況及び住民登録等を閲覧すること、並びに、確認が必要な場合において、医療機関及び日本骨髄バンク等へ問い合わせることに同意します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名			
骨髄等の提供に係る通院 又は医師と面談をした日			
骨髄等の提供に係る入院 をした期間	年 月 日 から 年 月 日（ 日間）		
所属企業・ 団体等	所在地		
	名 称		
	電話番号		
申請金額	1日 20,000円×（ ）日 = （ ）円		

2 振込先

○ 次の口座に振り込みを依頼します。（提供者本人の口座に限ります。）

振込口座	金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 支所
	フリガナ	預金種目	当座 普通
	口座名義人	口座番号	

3 添付書類

- (1) (公財)日本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明する書類の写し
- (2) 通院等の内容及び通院等の期間を証明する書類の写し
- (3) その他町長が必要と認める書類