様式第１号

志免町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

志免町長

申請者　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　志免町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

志免町骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第６条の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

１　申請内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日  （　　　　　　歳） |
| 氏　　　　　　名 |  | | |
| ①　申請金額 | | 円　（対象日数　　　　　　　日） | | | | |
| ②　骨髄等の提供を完了した  日及びその日の住所 | | 完了日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 住所 |  | | | |
| ③　骨髄等の提供に係る通院  又は医師等との面談日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 年　　　　月　　　　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |
| ④　骨髄等の採取に係る入院  期間 | | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　（　　　　日間） | | | | |
| 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで　（　　　　日間） | | | | |
| ⑤　上記のうち休日 | |  | | | | |
| ⑥　ドナー休暇利用日 | |  | | | | |

※　対象日数は、③、④の合計日数から、⑤、⑥の合計日数を減じた日数を記入してください。

※　申請金額は、対象日数に２万円を乗じた額（上限２０万円）を記入してください。

２　請求内容　（次の口座への振込みを依頼します。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | 支店名 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金種目 | 普通　　・　　当座 | | | | | | |
| 口座名義 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※　提供者本人以外の口座には振込みできません。

３　確認事項　（□にチェック☑を入れてください。）

　□　私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、町民税等の納付、通院等の状況、事業所等）の確認及び調査に同意します。

　□　私は、志免町暴力団排除条例（平成２２年条例第４号）第２条第２号に規定する暴力団員ではありません。町が必要な場合は、警察に照会することに同意します。

　□　私は、他の法令等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　署名

４　添付書類

（１）　骨髄バンクが発行した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、入院又は面談した日を証する書類

（３）　町民税を滞納していないことを証明する書類

（４）　骨髄ドナーに係る有給休暇等取得証明書（様式第２号）

（５）　助成金の振込先口座が確認できるものの写し

（６）　その他町長が必要と認める書類