第１号様式（第6条関係）

（表）

年　　 月　　 日

**苅田町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書**

苅田町長

 申請者 住 所

 氏 名

電話番号

苅田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、次のとおり申請します。

**１ 申請内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 提供時点の住所 | 苅田町 |
| 勤 務 先 | （電話番号 　　　－　　　 －　　　　 ） |
| 交付対象日 | 骨髄提供に係る通院又は面談の期間 | 年 　　月 　　日（健康診断・自己採血・その他） | 年 　　月 　　日（健康診断・自己採血・その他） |
| 年 　　月 　　日（健康診断・自己採血・その他） | 年 　　月 　　日（健康診断・自己採血・その他） |
| 年 　　月 　　日（健康診断・自己採血・その他） | 年 　　月 　　日（健康診断・自己採血・その他） |
| 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） |
| 上記のうち | ドナー休暇制度利用期間 | 年 　　月 　　日 | 年 　　月 　　日 |
| 年 　　月 　　日 | 年 　　月 　　日 |
| 年 　　月 　　日 | 年 　　月 　　日 |
| 年 　月 　日から 　　年　　 月 　　日まで（ 　　　　日間） |
| 休日 | 年 　　月 　　日 | 年 　　月 　　日 |

**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 |  |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※提供者本人以外の口座には振込できません。

**３ 確認事項**　 □にチェックを入れて下さい。

□ 私は、苅田町暴力団排除条例第２条第２号に規定する暴力団員若しくは同条第１号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係を有する者ではありません。市が必

要な場合は、警察に照会することに同意します。

□ 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳、町税の納付、入院通院等の状況、勤務先へのドナー休暇制度の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。

□ 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 添付資料**

1. 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を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）町税を滞納していないことを証明する書類（申請年の１月１月現在の苅田町の住民基本台帳に記録されていない者に限る。）

（４）ドナー休暇制度がないことを証する書類、又はドナー休暇制度の利用状況を証する書類

（５）通帳の写しその他の振込先口座が確認できる書類

（６）その他市長が必要と認める書類