

(表)

様式第1号(第4条関係)

上毛町骨髄等移植ドナー助成金交付申請書

年 月 日

上毛町長 様

申請者
住 所
氏 名
※署名又は記名押印
電話番号

上毛町骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請内容

骨髄等提供日時点の住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ(異なる場合は記入)	提供日	年 月 日
勤務先	電話番号		
申請金額	日(上限10日)×20,000円= 円		
健康診断のための通院等	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
自己血採血のための通院等	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
骨髄等採取のための入院	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
通院等合計期間	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
上記期間のうち、休日、有給休暇、ドナー休暇等利用日			日

(裏)

2 添付書類

- (1) 公益財団法人日本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明する書類
- (2) 骨髄等の提供に係る通院、入院又は面談の日を証明する書類
- (3) 骨髄等ドナーに係る有給休暇等取得証明書

3 確認事項

- この申請に係る審査に当たり、住民基本台帳及び町税に関する情報を閲覧されること並びにこの申請書及び添付書類に記載された事項に関する情報を勤務先に照会されることに同意します。
- 上毛町骨髄等移植ドナー助成金と同様の趣旨の他の補助金等の交付を受けていないことを誓約します
- 上毛町暴力団排除条例（平成 22 年条例第 21 号）第 2 条第 1 号に規定する暴力団、同条第 2 号に規定する暴力団員又はこれらの者と密接な関係を有する者のいずれにも該当しないことを誓約します。

年 月 日 署名 _____