様式第１号（第５条関係）

いの町骨髄・末梢血幹細胞移植促進事業補助金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

いの町長　　　　　様

住所

申請者　氏名

（電話　　－　　－　　　　）

いの町骨髄・末梢血幹細胞移植促進事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。また、いの町暴力団排除条例第２条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

１ 申請内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 氏 名 |  |
| 勤 務 先 | （電話番号 ） | | | |
| 骨髄等を提供し た 日 における住所 | 〒  吾川郡いの町 | | | |
| 対 象 期 間 | 年 月 日から 年 月 日（うち対象 日分） | | | |
| 骨 髄 等 を提供 した 日 | 年 月 日 | 申 請 金 額 | | 円 |

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（上記「１ 申請内容」の対象期間欄に記載された期間における入院、通院等を証明するも

の）の原本

（２）本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証の写し等）

|  |  |
| --- | --- |
| 私は、私の勤務する事業所にはドナー特別休暇制度等がないこと及び他の法令等により骨髄等の提供に係る補助金等の交付を受けていないことを誓約します。  また、私は、いの町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び勤務先等に問い合わせることに同意します。 | |
| 年 月 日 | 氏 名 印 |