

毛呂山町長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

毛呂山町骨髓移植ドナー助成金交付申請書兼請求書

毛呂山町骨髓移植ドナー助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、骨髓移植ドナー助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		生年	年 月 日生	
氏 名		月 日		
住 所	〒 電話 () (日中に連絡をとることができる電話番号)			
申請金額	円			
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで (日分)			
勤務先のドナー 休暇制度	有 ・ 無			
他自治体による 同等助成交付	有 ・ 無			
住所確認に 関する同意	住民基本台帳に基づく記録を確認することに同意します。 ※「いいえ」を選んだ方は、住民票の写しを添付してください。			は い ・ いいえ
納税確認に 関する同意	町税の課税状況及び納税状況を確認することに同意します。 ※「いいえ」を選んだ方は、町税に係る納税証明書又は非課税証明書を添付してください。			は い ・ いいえ

2 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

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

＊添付書類 事業の実施を証明する書類（（公財）日本骨髓バンクが発行する証明書等）