

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

毛呂山町長 あて

申請者 住 所
氏 名 ⑩
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 信用組合・農協		本店・支店 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）

様式第 2 号（第 5 条関係）

第 年 月 号
日

様

毛呂山町長 氏 名 印

毛呂山町骨髓移植ドナー助成金交付決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のありました骨髓移植ドナー助成金について、下記のとおり決定（却下）しましたので、毛呂山町骨髓移植ドナー助成金交付要綱第 5 条の規定により通知します。

記

交付金額 円

（却下の場合、その理由）

教示

この決定に不服のある場合は、この通知書を受けた日の翌日から起算して 60 日以内に毛呂山町長に対して異議申立てをすることができます。

また、この決定の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日（異議申立てをしたときは、その異議申立てに対する決定書の送達を受けた日）の翌日から起算して 6 月以内に、毛呂山町を被告として（町長が被告の代表となります。）提起することができます。