

様式第1号（第5条関係）

坂城町骨髓バンクドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

令和 年 月 日

坂城町長 宛て

申請者 住 所  
氏 名 ⑩  
電話番号

坂城町骨髓バンクドナー助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

なお、申請に当たって、町が必要な情報（住民基本台帳、勤務先、通院等の状況等）について、確認及び調査することに同意します。

1 申請内容

ふりがな 氏 名		生年月日	
申請金額	円 (20,000 円 × 日)		
骨髓等の提供に係る通院 又は医師等と面談した日			
骨髓等の提供に係る入院 をした日	令和 年 月 日から	令和 年 月 日	( 日分)
所属企業・ 団体等	所在地		
	名 称		
	連絡先		

2 振込先金融機関

金融機関名		本店・支店 出張所	
フリガナ		預金種目	普通 ・ 当座
口座名義人		口座番号	

3 確認事項（確認の上、□に✓を入れ署名をしてください）

□私は、他の公共団体等により骨髓等の提供に係る助成金の交付を受けていません。

署 名 \_\_\_\_\_

添付書類

- 1 骨髓バンクが発行する骨髓等の提供が完了した証明書
- 2 町長が必要と認める書類