

様式第1号（第4条関係）

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

年 月 日

（宛先）上勝町長

申請者 住所 〒

氏名 印

（自署の場合は押印不要）

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について、上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
骨髄等提供日 における住所等	勝浦郡上勝町大字 字	電話番号	
申請金額等	金 円	（対象日数 日分）	
骨髄提供完了年月日	年 月 日		
勤務先	名称等	電話番号 ( )	
	骨髄等を提供するための特別休暇制度の有無	( あり ・ なし )	

2 誓約事項

- 私は、町税を滞納していません。
- 私は、他の自治体等から本事業と同様の目的の助成等を受けていません。
- 私は、上勝町が、助成金の審査に必要な情報（住民基本台帳、町税の納付状況に関する情報等）を関係機関に確認及び調査等を行うことに同意します。

3 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する証明書（骨髄バンク事業において骨髄等を提供したこと及び通院等の日数を証明するもの）
- (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）

様式第2号（第4条関係）

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（ドナー用）

年 月 日

（宛先）上勝町長

請求者 住所

氏名 ⑩

電話番号

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金の請求について、上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円	（対象日数	日分）
------	---	---	-------	-----

2 口座振込先

金融機関名		店舗名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

様式第3号（第4条関係）

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

年 月 日

（宛先）上勝町長

申請者 所在地 〒  
事業所名  
代表者(職・氏名) ㊟  
電話番号

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付について、上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請内容

申請金額		金 円		
骨髄等提供者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	骨髄提供完了年月日		年 月 日	
	骨髄等提供日における住所	勝浦郡上勝町大字	字	

2 誓約事項

- 当事業所は、国、地方公共団体及び国立大学法人の事業所ではありません。
- 当事業所は、他の自治体等から本事業と同様の目的の助成等を受けていません。
- 当事業所には、骨髄等を提供するための特別休暇制度がありません。

3 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供に関する証明書（※）  
（ドナーの骨髄等の提供が完了したことを確認できるもの）
- (2) 骨髄等を提供した日におけるドナーとの雇用関係が確認できる書類

※ (1)の書類は、ドナーが助成金交付申請を既に行っている場合は不要です。

様式第4号（第4条関係）

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（事業所用）

年 月 日

（宛先）上勝町長

請求者 所在地  
事業所名  
代表者（職・氏名） ⑩  
電話番号

上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金の請求について、上勝町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求内容

請求金額	金	円
------	---	---

2 口座振込先

金融機関名		店舗名	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			