

様式第1号（第7条関係）

佐川町骨髄・末梢血幹細胞移植促進事業補助金交付申請書

年 月 日

佐川町長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話 () _____

次のとおり佐川町骨髄・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、佐川町骨髄・末梢血幹細胞移植促進事業補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

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	〒 高知県		
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、私の所属する企業・団体等にはドナー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助成金等の交付を受けていないことを誓約します。

また、私は、佐川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 _____

年 月 日

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話 ()

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった佐川町骨髓・末梢血
幹細胞移植促進事業補助金について、下記のとおり請求します。

1 請求金額 金 円

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