

様式第 1 号(第 4 条関係)

湯河原町骨髓移植ドナー等支援事業助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）

年 月 日

湯河原町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

湯河原町骨髓移植ドナー等支援事業助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 申請内容

生年月日	年 月 日
勤務先	
骨髓等提供日	年 月 日
交付対象期間 (助成対象日数)	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 日間)
申請金額	日間 × 2 万円 = 万円
同様の助成金	<input type="checkbox"/> 交付を受けていない
照会同意欄	本申請に当たり、住民登録記載事項及び勤務先の休暇制度を確認することに同意します。  申請者氏名
添付書類	<input type="checkbox"/> 骨髓バンクが発行した骨髓等の提供が完了したことを証する書類 <input type="checkbox"/> 骨髓等の提供に係る通院等の日数を証する書類 <input type="checkbox"/> 住所が確認できる書類（※ 1） <input type="checkbox"/> 勤務先の休暇制度の確認ができる書類（※ 2） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ 1 及び※ 2 の書類は、照会同意欄に署名した場合は不要

2 請求内容（次の口座に振込を依頼します。）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所・支所
口座名義人 (カタカナ)	預金 種目	普通 当座
	口座 番号	