様式第1号（第4条関係）

津南町骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書

年　　月　　日

　津南町長　様

（申請者）　住　　所

氏　　名

生年月日

電話番号

津南町骨髄等移植ドナー助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　骨髄等の提供に係る通院又は入院の日数及び申請金額

|  |  |
| --- | --- |
| 通院日数 | 日 |
| 入院日数 | 日 |
| 合計日数 | 日 |
| 骨髄等提供完了年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請金額 | 円（1日２万円、上限14万円） |

２　振込先（申請者本人名義の口座に限ります。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協・労働金庫　　　　　　　　　本店  信用組合・信用金庫　　　　　　　　　　支店 | | |
| フリガナ |  | 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |

３　添付書類

（１）公益財団法人日本骨髄バンクが発行する通院又は入院の日数及び骨髄等の提供の完了を証する書類の写し

（２）振込先通帳の写し

（３）その他町長が必要と認めた書類