様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

大　淀　町　長　殿

申請者　住所

氏名

電話番号

大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フ　リ　ガ　ナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  | 電話番号 |  |
| 採取日時点の住所 | 奈良県吉野郡大淀町 |
| 申　請　金　額 | 日間　×　２万円　＝　　　　　　万円 |
| 骨髄等の提供日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 交付対象期間（うち、助成対象日数） | （計　　　日間） |
| 勤　務　先 | 名称等 |  |
| ドナー休暇制度 | あり ・ なし | 連絡先 |  |
| 照会同意欄 | 助成金の交付決定に必要な情報について、町が保有する個人情報について照会し、また、勤務先等に問い合わせることに同意します。□　大淀町住民基本台帳の記録に関する事項□　勤務先との雇用関係及び勤務先の休暇制度に関する事項 |
| 誓約事項 | * 私の所属する企業、団体、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。
 |
| 添付書類 | * 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書
* 現住所が分かる書類（運転免許証の写し等）
* その他、町長が必要と認める書類
 |