

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

大淀町骨髓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

大淀町骨髓移植ドナー支援事業助成金の交付について、大淀町骨髓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			
骨髓等の提供日	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	<p>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。</p> <input type="checkbox"/> 大淀町住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する証明書 <input type="checkbox"/> 現住所が分かる書類（運転免許証の写し等） <input type="checkbox"/> その他、町長が必要と認める書類			