

様式第1号（第5条関係）

みやこ町骨髓等移植ドナー助成金交付申請書

年 月 日

みやこ町長 様

申請者 住所

氏名

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号 （ ）

みやこ町骨髓等移植ドナー助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請金額	円		
提供日時点の住所	みやこ町 <input type="checkbox"/> 申請者欄と同じ TEL ()		
骨髓等の提供に係る 通院又は医師等との 面談日	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
骨髓等の採取に係る 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
勤務先	(電話番号)		
上記のうち休日			
ドナー休暇利用日			
骨髓等の提供完了日	年 月 日		

[誓約及び同意事項]

- 私は、みやこ町骨髓等移植ドナー助成事業の利用にあたり、審査に必要な情報（住民基本台帳、申請者及び申請者と世帯を同一にする者の町税等の納付状況、入院通院等の状況、勤務先のドナー休暇制度の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。
- 私は、暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- 私は、他の法令等による同種同類の助成金等の交付を受けていません。

年 月 日

署名 _____