

西川町骨髓移植ドナー助成費交付申請書兼請求書

年 月 日

西川町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

骨髓移植のための骨髓等の提供に係る助成費の交付を受けたいので、西川町骨髓移植ドナー助成事業費交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日
骨髓等採取日 時点での住所	〒	
申請金額	円	
採取日	年 月 日	
対象期間	年 月 日から 年 月 日まで （ 日分）	

2 請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所							
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号								
	※ゆうちょ銀行 の場合	記 号	番 号								
	フリガナ										
口座名義人											

※申請者本人以外の口座には振込できません。

3 確認事項

- ☐ 私の所属する「企業・団体等」には、ドナー休業（休暇）制度がありません。
- ☐ 私は、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び調査に同意します。

氏名： _____

*添付書類

- ・（公財）日本骨髓バンクが発行する証明書
- ・申請者が加入する医療保険証の写し
- ・振込先通帳の写し