

様式第1号（第4条関係）

松島町骨髄バンクドナー助成金交付申請書

年 月 日

松島町長 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

松島町骨髄バンクドナー助成金交付要綱第4条の規定により、松島町骨髄バンクドナー助成金を下記のとおり申請します。

なお、町が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民登録の確認及び医療機関等へ聴取することについて同意します。

提供者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年	月	日				
	住 所	〒 松島町								
	電話番号	— —								
骨髄提供日 (中止した場合は中止日)		年 月 日								
骨髄等の提供に係る通院または医師等と面談した日 (証明する書類を添付すること)		年	月	日	年	月	日			
		年	月	日	年	月	日			
		年	月	日	年	月	日			
骨髄等の提供に係る入院期間	年 月 日 から 年 月 日まで (日間)									
申請金額	円 (上限: 140,000 円)									
振込先	銀行 信金 信組 農協 本店・支店・出張所			口座番号						
	預金種別	普通 ・ 当座								
	(ふりがな) 口座名義人									

※注意事項 ・ 振込先は、申請者名義に限ります。

【添付書類】

- ・ 日本骨髄バンクが発行する骨髄等の提供の完了又は中止を証明する書類の写し
- ・ 日本骨髄バンクが発行する通院等をした日を証明する書類の写し
- ・ 振込先の預金通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義が分かるもの）
- ・ その他町長が必要と認める書類