

別記
様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

海田町骨髓ドナー助成金交付申請書

海田町長 様

申請者 住 所

氏 名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

海田町骨髓ドナー助成金の交付を受けたいので、海田町骨髓ドナー助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 申請内容

申請額及び申請日数	金 円 （計 日分）
骨髓等の提供日	年 月 日
提供日時点の住所	〒 ー 海田町
勤務先 住所 勤務先名	〒 ー

2 確認事項（内容をご確認のうえ、チェック☑を入れてください。）

- ☐ 助成金交付の対象となる日に有給の休暇を取得していない。
- ☐ 他の市町村等が実施する同種同類の助成金等の交付を受けていない。
- ☐ 審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供、確認及び調査に同意する。
- ☐ 審査のため海田町が勤務先等に問い合わせることに同意する。

3 添付書類

- ・骨髓バンクが発行する骨髓等の提供を証する書類
- ・骨髓バンクが発行する骨髓等の提供に係る通院又は入院をした日を証する書類
- ・交付対象日の休暇状況が分かる書類（出勤簿、勤務シフト表の写しなど）