小野町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

小野町長

申請者　　住　　所

氏　　名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　）

小野町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり小野町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、小野町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付対象者であることの確認のため、私の住民基本台帳に記録された事項について小野町が閲覧することや関係機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  小野町大字 | | |
| 申請金額 | 円 | | |
| 対象期間 | 通　院 　　年　　月　　日～ 　　年　　月　　日（　　日分）  入　院 　　年　　月　　日～ 　　年　　月　　日（　　日分）  その他 　　年　　月　　日～ 　　年　　月　　日（　　日分）  計　　　　　日分 | | |
| 就労状況 | □ 事業所に勤務している（事業所名称：　　　　　　　　　）  □ 自ら事業を営んでいる（商　　　号：　　　　　　　　　） | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申告事項  （項目に該当する場合、□にチェック✓をつけてください） | * 私は、今回の申請に係る骨髄等の提供について、他の助成金等を受け、又は申請中ではありません。 * 町税の滞納はありません。 * 私が勤務する事業所にドナー休暇の制度はありません。 * 私は、小野町暴力団排除条例第２条第３号に規定する暴力団員ではありません。 |