

様式第1（第4条関係）

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者

住所

氏名

電話番号

阿久比町骨髓提供者助成事業費補助金交付申請書（提供者用）

私は、骨髓バンク事業において骨髓・末梢血幹細胞の提供を完了しましたので、阿久比町骨髓提供者助成事業費補助金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり骨髓提供者助成事業費補助金の交付を申請します。

| 補助申請額 | 円 | | | | | | |
|--------|-----|---|---|-----|---|---|---------|
| 交付対象期間 | 通院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで（日分） |
| | 通院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで（日分） |
| | 入院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで（日分） |
| | その他 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで（日分） |
| | | | | | | | 計 日分 |

【添付書類】

- 1 公益財団法人日本骨髓バンクが発行する書類（通院等の日数が確認できるもの）

様式第5（第6条関係）

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者

住所

（事業所の所在地）

氏名

Ⓜ

（代表者の氏名）

電話番号

阿久比町骨髓提供者助成事業費補助金請求書

年 月 日 指令第 号によって交付決定された阿久比町骨
髓提供者助成事業費補助金について、下記のとおり請求します。

補助金の交付については、下記の口座に振込みを依頼します。

記

1 請求額 円

2 指定口座

| 金融機関名 | 支店名 | 口座種類 | 口座番号 |
|-------|-----|------|------|
| 銀行 | 本店 | 普通 | |
| 金庫 | | | |
| 農協 | 支店 | 当座 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |