

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			