

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

琴平町長 様

申請者 住所

氏名

※本人による署名に代えて、
記名押印することもできます。

琴平町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

琴平町骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいので、琴平町骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者住所	仲多度郡琴平町	
フリガナ		電話番号
申請者氏名		
申請者生年月日	年 月 日	
骨髓等提供完了年月日	年 月 日	
申請金額	円	

- 《誓約・同意事項》 ☐にチェック☒を入れてください。
- ☐ 他の法令等により骨髓等の提供に係る補助金等の交付を受けていないことを誓約します。
- ☐ 町税に滞納はありません。町が住所及び町税の納付状況について、関係機関に照会することに同意します。
- ☐ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 6 号に規定する暴力団員若しくは同条第 2 号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係を有する者ではありません。町が必要な場合には、警察に照会することに同意します。

《添付書類》

- 1 町内に住所を有することが確認できる書類（健康保険証、運転免許証の写し等）
- 2 公益財団法人日本骨髓バンクが発行した骨髓・末梢血幹細胞の提供が完了したことを証明する書類