

年 月 日

上三川町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

㊞

上三川町骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付申請書（ドナー用）

上三川町骨髄移植ドナー支援事業奨励金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、  
骨髄移植ドナー支援事業奨励金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査に当たり、対象者の要件に適するか確認するために、上三  
川町が保有する私の税務情報を 課が確認することに同意します。

フリガナ				生 年					
氏 名				月 日	年 月 日生				
対象期間		年 月 日～		年 月 日		( 日間)			
申請金額		円							
振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 支所・出張所			
	預金種目	普通・当座		口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								

添付書類(1)財団が発行する骨髄等の提供が完了したことを証明する書類

(2)その他町長が必要と認める書類 ( )