

# ドナー 申請書

様式第1号（第4条関係）

申請者の住所・氏名は**住民票と同一**にしてください。

平成××年×月×日

(宛先) 高松市長

申請者 住所 高松市桜町〇丁目〇番〇号  
〇〇マンション〇号  
氏名 高松 太郎 ㊟

提供後1か月健診  
(術後検査)の月日  
を御記入ください。

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請書(ドナー用)

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいの  
骨髄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、  
申請します。

昼間に連絡のとれる  
電話番号を御記入  
ください。

申請者住所	高松市桜町〇丁目〇番〇号〇〇マンション〇号		
フリガナ	タカマツ タロウ	電話番号	
申請者氏名	高松 太郎	電話番号	087-839-2860
申請者生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
骨髄等提供完了年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		
申請金額	100,000円		

《誓約・同意事項》 □にチェックを入れてください。

- 勤務する事業所にドナー休暇
- 他の法令等により骨髄等の提  
とを誓約します。
- 市税に滞納はありません。市  
機関に照会することに同意しま
- 暴力団員による不当な行為の  
号)第2条第6号に規定する暴  
れらの者と密接な関係を有する者ではありません。市が必要な場合には、  
警察に照会することに同意します。

骨髄バンク発行の証明書の通院日数・入院日数  
より算定した合計金額を御記入ください。

通院日額 4,000円

入院日額 20,000円

**但し、100,000円を上限とします。**

**●申請金額の訂正は不可です。**

《添付書類》

- 市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)
- 公益財団法人日本骨髄バンクが発行した骨髄・末梢血幹細胞の提供が  
完了したことを証明する書類

\*助成金決定額  
(市が記入します。)

記入しないでください。

円

該当する物項目すべてに  
✓を御記入ください。