

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。

令和×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。

高松市骨髓等移植ドナー支援事業助成金交付申請書（ドナー用）

高松市骨髓等移植ドナー支援事業助成金の交付を受けたいの
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、
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
申請者氏名	高松 太郎
申請者生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
骨髓等提供完了年月日	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。

- ☒ 他の法令等により骨髓等の提
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
警察に照会することに同意します。

《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

*助成金決定額
（市が記入します。）

記入しないでください。 円

骨髓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。

該当する物項目すべてに
✓を御記入ください。