

# 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
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

電話番号

087-839-2860

《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髄等の提供を誓約します。
- 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す。
- 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。

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。