

小児がん交通費等補助金交付申請書

認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク御中

【病院長へのお願い】

本補助制度は、当NPOを支援くださる皆様からのご寄付から成り立っており、遠方治療をせざる得ない小児がん患児家族を支援するためのものです。よって、文書料につきましては免除くださいますようお願い申し上げます。

～小児がんの入院治療にかかる交通費と宿泊費を申請してください(通院治療、抗腫瘍治療後の検査・健診は対象外)～

◆以下はご家族の方がご記入ください◆						
記入日		平成	年	月	日	
患児	フリガナ				性別	生年月日：平成 年 月 日 (歳)
	氏名				男 女	
	住所	〒				
保護者 (生計者)	フリガナ				続柄	日中連絡のつく電話番号(携帯等)
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 患児と同じ				
	職業	父：		母：		
本人と 生計を 一にする 家族構成	名前	続柄	年齢	申請時の就学状況・社会人の区分		収入の有無
		本人(患児)		-		-
		親		就学前・小・中・高・他()・社会人		有・無(休職中・退職)
		親		就学前・小・中・高・他()・社会人		有・無(休職中・退職)
				就学前・小・中・高・他()・社会人		有・無(休職中・退職)
				就学前・小・中・高・他()・社会人		有・無(休職中・退職)
				就学前・小・中・高・他()・社会人		有・無(休職中・退職)
公的助成 該当を○で囲 んでください	小児慢性特定疾患・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・児童扶養手当・身体障害者手帳・療育手帳・生活保護・その他()					
申請理由	(病院から自宅までの距離を含め記載ください)					
交通費等 申請内容	詳細については別紙の交通費内訳表に記入のうえ、領収書を添付下さい				今回の申請 合計額	円
補助金 振込先	ゆうちょ銀行以外の場合は下記に記入してください					
	銀行 金庫	組合 農協	支店	普通・当座	口座番号:	フリガナ: 名義:
	ゆうちょ銀行の場合は下記に記入してください					
	ゆうちょ銀行	通帳記号:	通帳番号:	フリガナ: 名義:		

◆以下は主治医の先生にご記入をお願いします◆

患児	フリガナ				性別	生年月日：平成 年 月 日 (歳)
	氏名				男 女	
助成を必要とする病名：【 】 診断年月日：【 】						
入院期間：【 20 年 月 から 20 年 月迄】【 20 年 月 から 20 年 月迄】【 20 年 月 から 20 年 月迄】						
治療の経過及び今後の治療予定：(入院治療の予定がある場合は、期間を含めご記入ください。また前医のある場合は、転院に至る経緯等も合わせてご記入ください) ※治験は助成対象となりますが、通院治療、抗腫瘍治療後の検査・検診にかかる交通費等は対象外となります						
医療機関名：			主治医署名： (印)			

〈事務局記入欄〉					
受付番号		受理日		支払日	
確定金額	円	助成対象期間	～	年間助成額	円
助成履歴	支払日		助成金額	助成対象期間	～
					～
					～
					～