②GRN小児がん交通費等補助金制度 確認書

記入日 ： 20　年　月

フリガナ ：	申請金額:　円
患者氏名 ：	

確 認 事 項

申請書（医師署名㊞）		あり・なし	※　転院の場合、どちらの医療機関の署名でも構いません。		
所得証明書		あり・なし			
いずれかに記入	〈給与収入世帯〉 前年の世帯収入が**900万円未満**	（合算） 円	父:　円 母:　円	源泉徴収票の支払金額を転記	
	〈給与収入以外の世帯〉 前年の世帯収入が**650万円未満**	（合算） 円	父:　円 母:　円	確定申告書の所得金額(合計)を転記	
保護者の健康保険証　（マイナ保険証は不要）		あり　・　なし			
自宅と病院の距離 （**片道100km以上**離れていること） （JRや飛行機、新幹線など おもな交通手段と経由地を記入）	km	交通手段	利用区間		
			自宅　～		
			～　病院		
はじめての申請である	は い・いいえ	前回の補助金額	振り込まれた日	助成期間	
いいえの方： これまでの補助金の履歴についてわかる範囲で記入してください		円	年　月	～	
		円	年　月	～	
		円	年　月	～	
		円	年　月	～	

チ ェ ッ ク 事 項

領収書がすべて添付されている	は い ・ いいえ	（いいえの場合は理由を書いてください）
領収書の日付は申請日より遡って6か月間である	は い ・ いいえ	（いいえの場合は理由を書いてください）

（2026.8改訂版）

＜事務局記入欄＞

確　認	確　認	入　力

SP	EP	合計P	年間上限額

助成対象期間
20　年　月　日　～　20　年　月　日

受付番号	支払日	補助金確定金額
	20　年　月　日	円

Gold Ribbon Network
公益財団法人 ゴールドリボン・ネットワーク