

①GRN小児がん交通費等補助金交付申請書



公益財団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】
 本制度は、当法人を支援くださる皆様からのご寄付から成り立っており、遠方治療をせざるを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。

～小児がん入院治療にかかる患者と家族の交通費と宿泊費を申請してください～

【ご家族記入欄】				記入日： 20 年 月 日
患 者	フリガナ		性別	生年月日：20 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(上記)に同じ場合 <input checked="" type="checkbox"/>		
	メールアドレス	@		
患 者 と 生 計 を 一 に す る 家 族 に つ い て	氏名	続柄	年齢	就業状況について(該当するものに☑)
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
受給または利用している公的制度について該当するものに○印		<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ※制度名()		
はじめての申請である(いずれかに☑)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	今回の申請金額：	円

振 込 先	銀行・組合 金庫・農協	※ゆうちょ銀行の場合は店番 支店	普通・当座
	口座番号：	口座名義(カタカナ)：	

【以下は主治医の先生にご記入をお願いします】

患者氏名：	生年月日： 年 月 日	病名：
入院期間(予定も含め、ご記入をお願いいたします)： 20 年 月 ~ 20 年 月 ※退院していれば退院日を記入		
【治療の経過及び今後の治療予定】 ※前医からの紹介・転院の経緯につきまして等もご記入いただきますようお願いいたします		
記入日： 20 年 月 日		
医療機関名：	医師署名： (印)	

〈事務局記入欄〉			
受付番号：	受付日：	支払日：	支払金額：

