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あります。
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。

～添付書類等、詳細につきましては裏面を参照ください～

◆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	□ 患児と同じ		
	職業	父 ：	母 ：	
	生活保護	受けている　・　受けていない		

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）		－	－
				就学前 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・他（　　）・ 社会人	有 ・ 無
				就学前 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・他（　　）・ 社会人	有 ・ 無
				就学前 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・他（　　）・ 社会人	有 ・ 無
				就学前 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・他（　　）・ 社会人	有 ・ 無
				就学前 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・他（　　）・ 社会人	有 ・ 無
				就学前 ・ 小 ・ 中 ・ 高 ・他（　　）・ 社会人	有 ・ 無

公的助成 該当を〇で囲んでください	小児慢性特定疾患治療研究事業　特別児童扶養手当　障害児童福祉手当　児童扶養手当　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	利用機関	鉄道 / 飛行機 / 船 / その他（　　）	片道：大人　　円
	経路/頻度	経路 ： 頻度： 毎日　週1回　月1回　その他（　　）	子ども　　円
宿泊費	滞在施設	ファミリーハウス / ホテル / 賃貸マンション / その他（　　）	
		滞在期間　　年　　月　　日から　　日間	合計　　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　組合 金庫　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 ： 【　　】

治療（現在の入院期間含む）の経過及び今後の治療予定 ： （今後の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）

医療機関名 ：　　主治医署名 ：　　㊞

＊烈くんプロジェクトとは、烈くんを救う会よりいただいた財源を元に発足したプロジェクトです