つながる想いがん基金・離島旅費助成申請書

年　　月　　日

つながる想いがん基金

代表　　三好　綾　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※ご本人からの申請に限ります。

申請者が未成年の場合には親権者氏名をご記入ください。

親権者氏名（続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　　　（　　　　）

※必ず連絡がとれる番号をお書きください。

　離島旅費助成金の交付を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下の□にチェックをお願いします  　●助成回数　　　　□１回目　　　□２回目  　●助成金受領時にはアンケートに協力します　□（チェックがない場合は助成できません） | | | | | | | | | |
| 対　象(児)者 | フリガナ |  | | 性　別 | | 生　年　月　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | 男・女 | |  | | 年　　月　　日 | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 今回申請の  航空・船舶路線 | | 年月日 | 使用航空・船舶会社  及び便名 | | 出発空港（港）名 | | 到着空港（港）名 | | 備考 |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
| 病名 | |  | | | | | | | |
| 居住地（離島）以外の治療の必要性について  □居住地では実施できない治療である  　　□経過観察中ではない  □（助成が2回目の方について）再発・転移治療中である  　　　　＊患者さんが住まれている離島で出来ない治療であること、経過観察中でないことを  　　　　　証明する書類になりますので、ご了承の上署名をお願いします  　上記のとおり証明する  年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診　療　科  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　信金  信組　農協 | 本店  　　　　　　　　　　支店 |
| 預金種別 | １普通　　　２当座 | 口　座　番　号 |
| 口座名義人  （フリガナ） |  |  |

※振込先は対象者の口座のみになります。

「通帳」の写しを添付してください（金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）がわかる部分の写し）