

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 _____ (印)

※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 <input type="checkbox"/> 居住地では実施できない治療である <input type="checkbox"/> 経過観察中ではない <input type="checkbox"/> (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)