

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 _____ ⑩
 電 話 _____ () _____
 ※必ず連絡がとれる番号をお書きください。
 ※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) _____

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）