

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。(太枠内をすべてお書きください)

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)					
申請者	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名	⑨	男・女	(西暦)	年 月 日
	住所	〒  電話: ( ) ※必ず連絡がとれる番号を記入			
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	金額
病名					
【医師記入欄】					
*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					
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					
□(こちらにチェックがない場合は助成できません)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					
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					
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)				

申請最終チェック欄 ※必ず下記にチェックをし、確認後郵送ください。

- 応募要項は確認した
- 太枠の中(申請者情報、振込先)の記入はすべて済んでいる
- 医師記入欄のチェック欄のチェック、署名捺印は済んでいる
- 領収証(コピー可)添付した
- 通帳の写し(金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)がわかる部分)添付した

チェック・記載漏れ、添付忘れ等あった場合には受付できませんので、ご注意ください。