

小児がん交通費補助金交付申請書

NPO 法人 チャイルドホープ御中

【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患児家族を支援するためのものです。 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。

【ご家族記入欄】

記入日： 年 月 日

患者	フリガナ		性別	生年月日： 年 月 日
	氏名		男・女	
	住所	〒		
	自宅から大学病院までの距離 (google map で算出ください)		km	
保護者	フリガナ		続柄	日中連絡のつく電話番号（携帯等）
	氏名			
	住所	☐ 患者と同じ場合 ☒		
	メールアドレス	@		

振込先	銀行・組合 金庫・農協	※ゆうちょ銀行の場合は店番	普通 ・ 当座
	口座番号：	口座名義（カタカナ）：	

【以下は主治医の先生にご記入をお願いします】

患者氏名：	生年月日： 年 月 日	病名：
【治療の経過および今後の治療予定】		
記入日： 年 月 日		
医療機関名：	医師署名：	印

<事務局記入欄>

受付番号：	受付日：	距離：	支払日：	支払い金額：
-------	------	-----	------	--------

