

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)
※1 (助成対象者との続柄) _____
電 話 () _____

離島旅費助成金の交付を受けたいので申請します。

助成金受領時はアンケートに協力します。(←チェックをお願いします)

対象 (児) 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日		
	氏 名		男・女	年 月 日		
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____				
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						
<p>居住地（離島）以外の治療の必要性について</p> <p><input type="checkbox"/> 居住地では実施できない治療である * 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</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関所在地 医療機関名 診 療 科 医 師 名 印</p>						

※2 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)		

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は申請者の口座になります。