

GRNひとり親世帯支援制度 申請書



公益財団法人ゴールドリボン・ネットワーク御中

申請日：20 年 月 日

下記のとおり、小児がんのため入院治療を受けるので、GRNひとり親世帯支援制度を申請します。

(お願い) 必ず裏面を確認の上、記入してください。

患 者	フリガナ				生年月日：20 年 月 日(歳)
	氏 名				
	住 所	〒			
保 護 者 (申請者)	氏 名		続 柄	日中連絡のつく電話番号(携帯など)	
	住 所	☐ 患児(上記)に同じ場合 ☒			
メー ル ア ド レ ス		@			
患 者・保 護 者 と 生 計 を 一 に す る 家 族 に つ い て (きょうだいなど)	氏 名		続 柄	年齢	
入院治療を受ける (受けた)病院名		(入院開始日：20 年 月 日)			
病 名 (小児慢性特定疾病/悪性新生物 対象疾病であること)					

○下記4種類の書類を添えて提出してください。添付しているものに☒ (いずれも写し可)

1. 疾病名が記載されたもの	☐ 小児慢性特定疾病受給者証 ☐ 診断書 ☐ その他()
2. 入院治療を受ける(受けた)ことがわかるもの	☐ 医療費の領収書 ☐ 入院計画書(証明書など) ☐ その他()
3. 世帯収入を証明するもの	☐ 源泉徴収票 ☐ 所得証明書(課税・非課税証明書) ☐ 確定申告書
4. 世帯の状況を証明するもの	☐ ひとり親家庭等医療費受給者証(福祉医療証など) ☐ 遺族年金証書
	☐ 児童扶養手当証書(通知書) ☐ 戸籍謄本 ☐ その他()

振 込 先	銀行・組合 金庫・農協	支店	※ゆうちょ銀行 の場合は店番
	口座番号:	口座名義 (カタカナ):	

〈事務局記入欄〉		
受付番号:	受理日:	支払日:



理事長	確 認	入 力

[illegible]