①GRN小児がん交通費等補助金交付申請書



公益財団法人ゴールドリボン・ネットワーク 御中

【病院長へのお願い】

本制度は、当法人を支援くださる皆様からのご寄付から成り立っており、遠方治療をせざるを得ない小児がん患児家族を支援するためのものであります。 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。

~小児がん入院治療にかかる患者と家族の交通費と宿泊費を申請してください ~

					【ご家族記入	.欄】		記入日:	20	年	月	B	
患者	フリガナ					性別							
	氏 名					男・女	生年月日:	:20 年	月	E	∃ (歳)	
	住 所	₸				- 1							
保護者(生計者)	フリガナ					続柄	日中	ュ連絡のつく電	話番号	(携帯	等)		
	氏 名												
	住 所	□ 患児(上記	己) に同じ	場合 🗹		•							
	メールアドレス			@									
患生一家に 者 計す いとをる族て	氏 名 続 柄 年齢			= 歯令	就業状況について (該当するものに図)								
				□ 会社員 □	パート・アルバイ	ト□ 自営業	□ 休職中 □ 退	艮職 □ 無職	□ 他()	
		□ 会社員 □				」パート・アルバイトロ 自営業口 休職中 ロ 退職 ロ 無職 ロ 他()							
				□ 会社員 □	パート・アルバイ	ト□ 自営業	□ 休職中 □ 退	艮職 □ 無職	□ 他()	
				□ 会社員 □	パート・アルバイ	ト□ 自営業	□ 休職中 □ 退	艮職 □ 無職	□ 他()	
				□ 会社員 □	パート・アルバイ	ト□ 自営業	□ 休職中 □ 退	艮職 □ 無職	□ 他()	
				□ 会社員 □	パート・アルバイ	ト□ 自営業	□ 休職中 □ 退	艮職 □ 無職	□ 他()	
受給または利用している公的制度 ()小児慢性特定疾患 ()特別児童扶養手当 ()障害児福祉手当 ()児童扶養等について該当するものに〇印 ()生活保護 ()その他 ※制度名()											·養手)	当	
はじめての申	請である(い	ヽずれかに☑)	□ lá	tい □ いいえ	今回の申	請金額:					円		
				銀行・組合	一						座		
振 込 先	金庫·/				協 支店 日								
	·												
【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:						
入院期間 (予定も含め、ご記入をお願いいたします) : 20 年 月~20年 月 ※ 退院していれば退院日を記入													
【治療の経過及び今後の治療予定】 ※ 前医からの紹介・転院の経緯につきまして等もご記入いただきますようお願いいたします													
								記入日:	20	年	月		
医						医纸银夕		記入口・	20	+	Я	日 (1)	
医療機関名: 医師署名: ●													
受付来 旦·		受付日:		<	事務局記入欄支払日:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	支払ュ	全殖:					
受付番号: 受付日:					又74日・		又拉	业 1识・					

(2025.1改訂版)

GRN小児がん交通費等補助金制度について (2025年1月改訂)



内 容: 小児がん治療にかかる諸経費のうち、病院への交通費や宿泊費を補助

対 象 事 項 : 小児がんの診断・入院治療(治験含む)を遠隔地の病院で受けるための交通費及び宿泊費で、

下記に該当するもの (※通院による治療、抗腫瘍治療後の検査・検診は対象外)

◎病院と自宅が片道 I OOkm以上離れていること

◎病院・自宅ともに日本国内であること。

対 象 者: 小児がん(小児慢性特定疾病/悪性新生物)と診断された、申請時20歳以下の抗腫瘍治療中の患児と その家族で下記に該当する方

(給与収入世帯) 申請時における前年の源泉徴収票の支払金額が世帯合算で700万円未満 注() (給与収入以外の世帯) 確定申告書Bの所得金額合計欄が世帯合算で450万円未満 注()

対 象 期 間: 申請日より遡って6カ月間

補 助 金 額: 申請内容に基づき世帯収入と移動距離を勘案し、上限50万円~10万円(年間)を補助金として助成

※年間とは、交通費もしくは宿泊費が発生した日を開始日として1年間

必要書類:本申請書を含む申請書3枚、領収書、添付書類(2種類)とともに申請してください

①小児がん交通費等補助金交付申請書(主治医記入欄あり)

②小児がん交通費等補助金制度確認書

③交通費内訳表 ※別紙に領収書(コピー可)を貼付けの事

添付書類: 1.世帯収入を証明するもの(源泉徴収書、確定申告書、所得証明書など)

2. 保護者の健康保険証の写し

送 付 先:〒171-0021 東京都豊島区西池袋2-21-8-204

公益財団法人ゴールドリボン・ネットワーク 「GRN小児がん交通費等補助金制度」係

申請スケジュール:毎月申請受付分は翌月審査を行い、その月中に通知の上、指定の口座へお振込を予定

お 問 い 合 わ せ 先:公益財団法人ゴールドリボン・ネットワーク

TEL: (03) 5944-9922 FAX: (03) 5944-9923

e-mail: npo@goldribbon.jp https://www.goldribbon.jp



注 |) 〈源泉徴収票〉支払金額の欄が世帯合算で700万円未済

注2) 〈確定申告書の場合〉所得金額合計欄が世帯合算で450万円未満



