

②GRN小児がん交通費等補助金制度 確認書

記入日：20 年 月

フリガナ：	申請金額： 円
患者氏名：	

確認事項

申請書（医師署名 <sup>㊞</sup> ）	あり・なし	※ 転院の場合、どちらの医療機関の署名でも構いません。		
所得証明書	あり・なし			
い ず れ か に 記 入	〈給与収入世帯〉 前年の世帯収入が <b>700万円未満</b>	(合算)	父： 円	源泉徴収票の 支払金額を転記
		円	母： 円	
	〈給与収入以外の世帯〉 前年の世帯収入が <b>450万円未満</b>	(合算)	父： 円	確定申告書の所得 金額(合計)を転記
		円	母： 円	
保護者の健康保険証	あり・なし	(なしの場合は理由を書いてください)		
自宅と病院の距離 (片道 <b>100km以上</b> 離れていること)  (JRや飛行機、新幹線などおんな交通手段と経路地 を記入)	km	交通手段	利用区間	
			自宅	～
はじめての申請である  いいえの方：  これまでの補助金の履歴についてわかる範囲で記入してください	はい・いいえ	前回の補助金額	振り込まれた日	助成期間
		円	年 月	～
		円	年 月	～
		円	年 月	～

チェック事項

領収書がすべて添付されている	はい・いいえ	(いいえの場合は理由を書いてください)
領収書の日付は申請日より遡って6か月間である	はい・いいえ	(いいえの場合は理由を書いてください)

(2025.1改訂版)

<事務局記入欄>

確	認	確	認	入	力

SP	EP	合計P

助成対象期間					
20	年	月	日	～	20

受付番号	支払日	補助金確定金額
	20 年 月 日	円