

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 [㊞] ） | 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 700万円未満 | (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 450万円未満 | (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 100km以上 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 | ～ |
| | | 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 |