

(様式 1)

## 「志村大輔基金」助成申請書

見 本

※年号はすべて西暦で記入願います

【分子標的薬治療支援】					申請日	2021 年 8 月 5 日	
フリガナ 申請者氏名	千代田 太郎		西暦 1980 年 5 月 1 日生	41 歳	患者との続柄		夫
現住所	〒000-0000 東京(都)道 千代田区東神田●-●-● 府県				電話	00-0000-0000	
E-MAIL	〇〇〇〇〇〇@gmail.com						
緊急連絡先	000-0000-0000(申請者携帯)						
フリガナ 患者氏名	千代田 花子	男 ・ 女	西暦 1981 年 8 月 1 日生	40 歳	発病	西暦 2020 年 10 月 頃	
病名	慢性骨髄性白血病						
治療中の病院	病院名	千代田区病院			電話	03-1111-1111	
	主治医	神田 一郎		診療科	血液内科		
生計を一にする家族	続柄	フリガナ 氏名	年齢	職業(学校等)	収入額 (円)	その他特記事項※	
	申請者	チヨダ タロウ 千代田 太郎	41	会社員	2,900,000 円	傷病手当金1,150,000円 (2020年1月～5月まで)	
	患者	チヨダ ハナコ 千代田 花子	40	無職	0 円		
	子	チヨダ ジロウ 千代田 次郎	10	小学生	0 円	児童手当:120,000円	

※各種児童手当、傷病手当金、各種年金(障害、遺族等)受給の場合もご記入ください(収入に含まれます)。

【事務局記載欄】	
添付書類	収入合計 _____
1 住民票 <input type="checkbox"/>	収入上限 _____ (基準内・対象外)
2 所得証明 <input type="checkbox"/>	限度額認定証の区分 _____
3 限度額適用認定証の写し <input type="checkbox"/>	関連申請NO. _____ 今年度累計額 _____
4 領収書の写し <input type="checkbox"/>	_____

2021.10