

(様式1-②事前申請用)

佐藤さち子記念「造血細胞移植患者支援基金」 助成申請書 (現況)

※年号は西暦で記入願います

記入日 20 年 月 日

フリガナ 患者氏名	男 女	西暦 年 月 日生 歳	発病	20 年 月
病 名	移植予定時期			20 年 月
治療中の病院	病院名			電話
	主治医	診療科	その他	
移植予定病院	病院名			電話
	主治医	診療科	その他	
ドナーの種類	自家	血縁者 (続柄 :) (氏名 :)	非血縁者 (骨髄バンク・さい帯血バンク)	

生 計 を 一 に す る 家 族	続柄	ふりがな 氏 名	年齢	職業 (学校等)	年収	その他特記事項
	患者本人					

※給与、事業収入のほか各種児童手当、各種年金、傷病手当金、失業手当金、生活保護費などを受給している場合、その他特記事項に内容を記載し金額もご記入ください。

※続柄は、患者本人から見た続柄。小児であれば「父」「母」「兄」など。成人であれば「妻」「長男」など。

【事務局記載欄】

添付書類	1 住民票	<input type="checkbox"/>	6 通帳のコピー	<input type="checkbox"/>	収入合計_____
	2 収入を証明する物	<input type="checkbox"/>	7 ()	<input type="checkbox"/>	収入上限_____
	3 領収書のコピー	<input type="checkbox"/>	8 ()	<input type="checkbox"/>	(基準内・対象外)
	4 請求書のコピー	<input type="checkbox"/>	9 ()	<input type="checkbox"/>	