（様式１—②事前申請用）

**佐藤きち子記念「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 □ ６　通帳のコピー 　　 □ 収入合計

２　収入を証明する物 □ ７ (　　　　　　　　　　) 　 □　　　収入上限

３　領収書のコピー　　　 □ ８ （　　　　　　　　　　） 　□ （基準内・対象外）

　　　 ４　請求書のコピー 　　□ ９ （ 　　　　 　　） □

2021.5