（様式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MSW意見書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者（患者）氏名

　 　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署

　記入日　　２０　　　年　　　月　　　日　　　　　　　 担当MSW【記入者】

|  |  |
| --- | --- |
| 移植日を含む３カ月間にかかる諸経費見込額(1)〜(5)の合計 | (a) 円 |
| 支払いのために都合できる金額（6）(7)の合計 | (b) 円 |

移植日を含む３カ月間にかかる諸経費見込額

1. 患者本人医療費（入院分）　　　　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　　円＊明細を別紙※１に記入のこと

・保険分医療費の公費負担の有無　（　有　・　無　）

・差額室料代（有・無）、院内減免適用の可否（　可　　　　％・　否）

　　　公費負担、高額療養費、附加給付等で補填された後の最終自己負担額をお書きください。

（２）　ドナーの費用　　　　　　　　　　　　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　円　＊明細を別紙※２に記入のこと

　　　　・ドナーの種別（　血縁　・　非血縁　・自家　）

　　　　・移植方法（　骨髄　・　さい帯血　・　末梢血幹細胞　）

　　　　・骨髄バンクに支払う費用　（ドナー確認検査数　　　　件、コーディネート数　　　　件）

　　　　・日本骨髄バンクの減免制度適用　　　可（　　　　％）　・　否　・　申請中

　　　　・さい帯血、骨髄液運搬費最終負担額　（不明の場合は実費額）

　　　ドナー入院料（室料差額等）、骨髄採取にかかる交通費・宿泊費等の自己負担見込み額をお書きください。

（３）　その他の費用　　　　　　　　　　　　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　円　＊明細を別紙※３に記入のこと

　　　ドナーにならなかったきょうだいのHLA検査費用などその他の費用についてお書きください。

（４）　家族の滞在費　　　　　　　　　　　　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　円　＊明細を別紙※４に記入のこと

　　　　・滞在費の必要性（　要　・　不要　）　：理由

　　　　・滞在先　（病院・アパート・旅館・ホテル・親戚知人宅・患者支援宿泊施設・その他）

家賃や宿泊費等をお書きください。

（５）　交通費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　円　＊明細を別紙※５に記入のこと

　　　・患者分と、患者が１８歳未満の場合は付き添い家族１名分の自宅から病院、あるいは転院先の移植病院までの交通費をお書きください。

（６）　生命保険等給付金　　　　　　　　　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　円　＊明細を別紙※６に記入のこと

　　　　・生命保険・共済、公的制度、民間団体からの給付金等。申請中の物があれば別紙に申請中と

　　　記入してください（保険は申請期間の受け取り見込み額）。

（７）　支払いのために都合できる金額　　　　小計　　　　　　　　　　　　　　　円　＊明細を別紙※７に記入のこと

　　　生計維持者の収入、その他の稼働者の収入、親戚等からの援助金、預貯金など。

2021.5