

(様式 1)

## 「志村大輔基金」助成申請書

※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	20	年	月	日
フリガナ 申請者氏名				西暦	年	月	日生	歳	患者との続柄	
現住所	〒 都道府県						電話			
E-MAIL										
緊急連絡先										
フリガナ 患者氏名	男・女			西暦	年	月	日生	歳	発病	西暦 年 月 頃
病名										
治療中の病院	病院名							電話		
	主治医					診療科				
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		その他特記事項※			
	申請者									
	患者									

※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"/>	_____