

(様式2)

「志村大輔基金」 助成申請内容 【分子標的薬治療支援】

※対象薬を支払った際の領収書の写しと対象薬の記載がある診療明細、薬剤明細のコピーを必ず添付してください。

月の支払いが複数回になっても対象薬が処方された分はすべてご提出ください。(他科の受診分等は不要)

今回申請対象期間 20 年 月 ~ 20 年 月

No.	診療を受けた月	合計支払金額	備考(入院の有無・期間など)
	20 年 月	円	
内訳			
薬代支払日	支払金額	薬代支払日	支払金額
① 月 日	円	③ 月 日	円
② 月 日	円	④ 月 日	円

No.	診療を受けた月	合計支払金額	備考(入院の有無・期間など)
	20 年 月	円	
内訳			
薬代支払日	支払金額	支払日	支払金額
① 月 日	円	③ 月 日	円
② 月 日	円	④ 月 日	円

No.	診療を受けた月	合計支払金額	備考(入院の有無・期間など)
	20 年 月	円	
内訳			
薬代支払日	支払金額	支払日	支払金額
① 月 日	円	③ 月 日	円
② 月 日	円	④ 月 日	円

No.	診療を受けた月	合計支払金額	備考(入院の有無・期間など)
	20 年 月	円	
内訳			
薬代支払日	支払金額	支払日	支払金額
① 月 日	円	③ 月 日	円
② 月 日	円	④ 月 日	円

減免等 受けている場合にはご記入ください。	再申請 既に助成を受けたことがある場合には直近の年月をご記入ください
院内減免等 円	年 月頃

【事務局記載欄】

高額療養費利用確認済		対象No.	助成小計			
区分	多数該当 有無					
①	ウ	多数該当 無	40,000円	×	=	円
②	ウ	多数該当 有	20,000円	×	=	円
③	エ	多数該当 無	30,000円	×	=	円
④	エ	多数該当 有	20,000円	×	=	円
⑤	オ	多数該当 無	20,000円	×	=	円
⑥	オ	多数該当 有	10,000円	×	=	円

助成額合計 円