

(様式 1)

「志村大輔基金」助成申請書

記入見本

※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	2023 年 4 月 5 日	
フリガナ 申請者氏名	千代田 太郎	西暦 1980 年 5 月 1 日生	42 歳	患者との続柄	夫	
現住所	〒000-0000 東京(都)道 千代田区東神田●-●-●			電話	00-0000-0000	
E-MAIL	〇〇〇〇〇〇@gmail.com					
緊急連絡先	000-0000-0000(申請者携帯)					
フリガナ 患者氏名	千代田 花子	男 西暦 1981 年 8 月 1 日生	41 歳	発病	西暦 2020 年 10 月 頃	
病名	慢性骨髄性白血病					
治療中の病院	病院名	千代田区病院			電話	03-1111-1111
	主治医	神田 一郎		診療科	血液内科	
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 (円)	その他特記事項※
	申請者	チヨダ タロウ 千代田 太郎	42	会社員	2,598,200 円	
	患者	チヨダ ハナコ 千代田 花子	41	会社員	1,342,000 円	傷病手当金554,000円 (2021年1月～5月まで)
	子	チヨダ ジロウ 千代田 次郎	11	小学生	0 円	児童手当:120,000円

※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 1 住民票 <input type="checkbox"/> 2 所得証明 <input type="checkbox"/> 3 限度額適用認定証の写し <input type="checkbox"/> 4 領収書の写し <input type="checkbox"/>	収入合計 _____ 収入上限 _____ (基準内・対象外) 限度額認定証の区分 _____ 関連申請NO. _____ 今年度累計額 _____ _____

2023.4