

佐藤さち子記念「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

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血縁者の 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・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。不明であれば入院日額を記載)。

(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。