

①GRN小児がん交通費等補助金交付申請書

認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク 御中

【病院長へのお願い】

本補助制度は、当NPOを支援くださる皆様からのご寄付から成り立っており、遠方治療をせざる得ない小児がん患児家族を支援するためのものです。よって、文書料につきましては免除くださいますようお願い申し上げます。

～小児がん入院治療にかかる患者と家族の交通費と宿泊費を申請してください～

【ご家族記入欄】				記入日： 20 年 月 日
患者	フリガナ		性別	生年月日: 20 年 月 日 (歳)
	氏名		男・女	
	住所	〒		
保護者 (生計者)	フリガナ		続柄	日中連絡のつく電話番号(携帯等)
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 患児(上記)に同じ場合 <input checked="" type="checkbox"/>		
	メールアドレス	@		
患者と 生計を する 家族 について	氏名	続柄	年齢	就業状況について(該当するものに☑)
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
				<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 他()
受給または利用している公的 制度について該当するものに○印		()小児慢性特定疾患 ()特別児童扶養手当 ()障害児福祉手当 ()児童扶養手当 ()生活保護 ()その他 ※制度名()		
はじめての申請である(いずれかに☑)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	今回の申請金額:	円


振込先	銀行・組合 金庫・農協	※ゆうちょ銀行の場合は店番	支店	普通・当座
	口座番号:	口座名義(カタカナ):		

【以下は主治医の先生にご記入をお願いします】

患者氏名:	生年月日: 年 月 日	病名:
入院期間(予定も含め、ご記入をお願いいたします): 20 年 月 ~ 20 年 月 ※退院していれば退院日を記入		

【治療の経過及び今後の治療予定】 ※前医からの紹介・転院の経緯について等、わかる範囲でご記入くださいますようお願いいたします
※抗腫瘍治療後の検査・検診にかかる交通費等は対象外です。

記入日: 20 年 月 日

医療機関名: 医師署名: 

〈事務局記入欄〉

受付番号:	受付日:	支払日:	支払金額:
-------	------	------	-------

GRN小児がん交通費等補助金制度について (2024年6月改訂)



内 容： 小児がん治療にかかる諸経費のうち、病院への交通費や宿泊費を補助

対 象 事 項： 小児がんの診断・入院治療(治験含む)を遠隔地の病院で受けるための交通費及び宿泊費で、
下記に該当するもの (※通院による治療、抗腫瘍治療後の検査・検診は対象外)

- ◎病院と自宅が片道100km以上離れていること
- ◎病院・自宅ともに日本国内であること。

対 象 者： 小児がん(小児慢性特定疾病/悪性新生物)と診断された、申請時20歳以下の抗腫瘍治療中の患児と
その家族で下記に該当する方

(給与収入世帯) 申請時における前年の源泉徴収票の支払金額が世帯合算で700万円未満 注1)

(給与収入以外の世帯) 確定申告書Bの所得金額合計欄が世帯合算で450万円未満 注2)

対 象 期 間： 申請日より遡って6カ月間

補 助 金 額： 申請内容に基づき世帯収入と移動距離を勘案し、上限50万円～10万円(年間)を補助金として助成
※年間とは、交通費もしくは宿泊費が発生した日を開始日として1年間

必 要 書 類： 本申請書を含む申請書3枚、領収書、添付書類(2種類)とともに申請してください

- ①小児がん交通費等補助金交付申請書(主治医記入欄あり)
- ②小児がん交通費等補助金制度確認書
- ③交通費内訳表(別紙に領収書を貼付けの事)

添 付 書 類： 1. 世帯収入を証明するもの(源泉徴収票、確定申告書、所得証明書など)
2. 保護者の健康保険証の写し

送 付 先： 〒171-0021 東京都豊島区西池袋2-21-8-204

認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク「GRN小児がん交通費等補助金制度」係

申 請 ス ケ ジ ュ ー ル： 毎月申請受付分は翌月審査を行い、その月中に通知の上、指定の口座へお振込を予定

お 問 い 合 わ せ 先： 認定NPO法人ゴールドリボン・ネットワーク

TEL：(03)5944-9922 FAX：(03)5944-9923

e-mail：npo@goldribbon.jp <https://www.goldribbon.jp>



注1) 〈源泉徴収票〉支払金額の欄が世帯合算で700万円未満

注2) 〈確定申告書の場合〉所得金額合計欄が世帯合算で450万円未満