

②GRN小児がん交通費等補助金制度 確認書

記入日：20 年 月 日

フリガナ：	申請金額： 円
氏名：	

確認事項

申請書（医師署名㊟）	あり・なし	※転院の場合、どちらの医療機関の署名でも構いません。				
所得証明書	あり・なし					
どちらかに記入	〈給与収入世帯〉 前年の世帯収入が 700万円未満である	(合算)	父：	円	源泉徴収票の 支払金額を転記	
			母：	円		
	〈給与収入以外の世帯〉 前年の世帯収入が 450万円未満である	(合算)	父：	円		確定申告書の所得 金額(合計)を転記
			母：	円		
保護者の健康保険証	あり・なし	(なしの場合は理由を書いてください)				
自宅と病院の距離 (片道100km以上離れていること) (JRや飛行機、自動車などおもな交通手段と 経路を記入)	km	交通手段	利用区間			
			自宅	～		
			～	～ 病院		
はじめての申請である いいえの方： これまでの助成についてわかる範囲で記入してください。 初回の交通費利用日から起算して1年ごとに年間上限額があります。	はい・いいえ	前回の補助金額	振り込まれた日	助成期間		
		円	年 月	～		
		円	年 月	～		
		円	年 月	～		
		円	年 月	～		

チェック事項

領収書がすべて添付されている	はい・いいえ	(いいえの場合は理由を書いてください)
領収書の日付は申請日より遡って6か月間である	はい・いいえ	(いいえの場合は理由を書いてください)

(2023.1.改訂版)

<事務局記入欄>

--

確	認	確	認	入	力

SP	EP	合計P
SP	EP	合計P

助成対象期間		
20 年 月 日	～	20 年 月 日

受付番号	支払日	補助金確定金額
	20 年 月 日	円