

つながる想いがん基金・離島旅費助成申請書

年 月 日

つながる想い in かごしま実行委員会
 実行委員長 宛

(申請者) 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 ※1 (助成対象者との続柄)
 電 話 () _____

離島旅費助成金の交付を受けたいので申請します。

対象 (児) 者	フリガナ			性 別	生 年 月 日	
	氏 名			男・女	年 月 日	
	住 所	〒		電話番号		
今回申請の 航空・船舶路線		年月日	使用航空・船舶会社 及び便名	出発空港 (港)名	到着空港 (港)名	備考
病名						
<p>居住地（離島）以外の専門病院での治療性の必要性について</p> <p><input type="checkbox"/>放射線治療が必要なため <input type="checkbox"/>専門性の高い疾患のため <input type="checkbox"/>本居住地では困難な治療方法のため <input type="checkbox"/>その他：</p> <p>上記のとおり診断する</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関所在地 医療機関名 診 療 科 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

※2 振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口 座 番 号
	口座名義人 (フリガナ)		

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
 ※2 振込先は申請者の口座になります。