

# 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、遠方治療をせざるを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(通院治療・抗腫瘍治療後の検査・健診は対象外)～

| ◆以下はご家族の方がご記入ください◆         |   |                                |                        |                    |                 |
|----------------------------|---|--------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|
| 記入日： 20 年 月 日              |   |                                |                        |                    |                 |
| 患者                         | フリガナ  |                                | 性別                     | 生年月日： 年 月 日 ( 歳)   |                 |
|                            | 氏名  |                                | 男・女                    |                    |                 |
|                            | 住所  |                                |                        |                    |                 |
| 保護者<br>(生計者)               | フリガナ  | (印)                            | 続柄                     | 日中連絡のつく電話番号(携帯等)   |                 |
|                            | 氏名  |                                |                        |                    |                 |
|                            | 住所  | <input type="checkbox"/> 患児と同じ |                        |                    |                 |
|                            | 職業  | 父：                             | 母：                     |                    |                 |
| 本人と<br>生計を<br>一にする<br>家族構成 | 名前  | 続柄                             | 年齢                     | 申請時の就学状況・社会人の区分    | 収入の有無           |
|                            |   |                                |                        | 就学前・小・中・高・他( )・社会人 | 有・無 ( 休職中・退職 )  |
|                            |   |                                |                        | 就学前・小・中・高・他( )・社会人 | 有・無 ( 休職中・退職 )  |
|                            |   |                                |                        | 就学前・小・中・高・他( )・社会人 | 有・無 ( 休職中・退職 )  |
|                            |   |                                |                        | 就学前・小・中・高・他( )・社会人 | 有・無 ( 休職中・退職 )  |
|                            |   |                                |                        | 就学前・小・中・高・他( )・社会人 | 有・無 ( 休職中・退職 )  |
| 公的助成<br>該当を○で囲<br>んでください   | 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・身体障害者手帳・療育手帳・生活保護・その他( ) |                                |                        |                    |                 |
| 対象となる<br>病院名               |   |                                | はじめての申請である<br>(いずれかに○) | はい・いいえ             |                 |
| 交通費等申<br>請内容               | 交通費内訳表に記入、領収書(コピー可)は別紙に添付のこと                              |                                | 今回の申請<br>合計金額          | 円                  |                 |
| 補助金<br>振込先<br><br>(保護者)    | ゆうちょ銀行以外の場合は下記に記入してください                                   |                                |                        |                    |                 |
|                            | 銀行・組合<br>金庫・農協  | フリガナ：<br>支店                    | 普通・当座                  | 口座番号：              | 口座名義：<br>(カタカナ) |
|                            | ゆうちょ銀行の場合は下記に記入してください                                     |                                |                        |                    |                 |
|                            | ゆうちょ銀行  | 通帳記号：                          | 通帳番号：                  | 口座名義：<br>(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   | フリガナ |  | 性別         | 生年月日： 年 月 日 ( 歳) |  |
|  | 氏名   |  | 男・女        |                  |  |
| 助成を必要とする病名：【 】 診断年月日：【 】   |      |  |            |                  |  |
| 入院期間：【 20 年 月 から 20 年 月迄 】   |      |  |            |                  |  |
| 治療の経過及び今後の治療予定<br>※入院期間は予定も含めご記入ください。前医からの紹介・転院の場合は、経緯についても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。<br>※治験・セカンドオピニオンは助成対象となりますが、抗腫瘍治療後の検査・検診にかかる交通費等は対象外となります。 |      |  |            |                  |  |
| 記入日： 20 年 月 日  |      |  |            |                  |  |
| 医療機関名：   |      |  | 主治医署名： (印) |                  |  |

| 〈事務局記入欄〉 |   |        |   |       |   |
|----------|---|--------|---|-------|---|
| 受付番号     |   | 受理日    |   | 支払日   |   |
| 確定金額     | 円 | 助成対象期間 | ～ | 年間助成額 | 円 |

GRN 小児がん交通費等補助金制度について (2020年6月改訂)



- 対象事項** ◆ 小児がんの診断・入院治療（治験含む） のため、遠隔地の病院へ通う場合の交通費及び宿泊費  
 (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 場合の交通費と宿泊費とする ※ 病院、自宅とも日本国内であること
- 対象者** ◆ 小児がん(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  
 ◆ 給与所得世帯・・・申請時における前年度の世帯の収入が700万円未満  
 給与取得以外の世帯・・・世帯所得金額合計が316万円未満
- 対象期間** ◆ 申請日より遡って6ヵ月間
- 補助金額** ◆ 申請内容に基づき、世帯の所得と移動距離を勘案し、上限50～10万円(年間)を補助金として助成する  
 ※年間とは、交通費もしくは宿泊日が発生した日を開始日として1年間
- 適用時期** ◆ 2020年6月支払い分より
- 必要書類** ①小児がん交通費等補助金交付申請書  
 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)  
 ・飛行機利用の場合・・・搭乗日・搭乗者・購入金額の分かるもの(航空券等)添付  
 ・新幹線利用の場合・・・乗車日・購入金額の分かるもの(チケット等)添付  
 ・車利用の場合・・・「ETCカード利用明細書」もしくはETC利用紹介サービス発行の「ETC利用証明書」を添付  
 ④新型コロナによる影響(別添)  
 (添付書類)○源泉徴収票もしくは確定申告書などの所得証明書(両親共働きの場合は二人分提出) (注1)  
 ○保護者(扶養者)の健康保険証のコピー  
 ○生活保護受給証明書(生活保護受給者のみ)
- 書類締切** ◆ 毎月末日(到着)締切
- 審査** ◆ 締切翌月に審査を行い、助成金額を決定
- 通知方法** ◆ 書面での通知後、指定口座へ入金

【申請書送付先】〒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

【問い合わせ先】 TEL: 03-5944-9922 (10:00~16:00) / FAX: 03-5944-9923

E-mail : [npo@goldribbon.jp](mailto:npo@goldribbon.jp)

<http://www.goldribbon.jp>

(注1) <源泉徴収票の場合> 支払金額の欄が700万円未満対象

<確定申告書の場合> 左側の欄中段の所得金額合計額が316万円未満対象