|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| エンジェルスマイル基金による難病児ファミリー応援給付金　申請書 | | | | | | | | |
| 提出年月日 | | （西暦）　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 申請者 | お名前 |  | | | | | | |
| お名前ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | |
| ご所属の  患者会名必須 |  | | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | FAX |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ | | | | | | |
| 関係性：患者から見てあなたは | | |  | | | | |
| 患　者 | お名前 |  | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 提出時の年齢 | 満　　歳（申請時に満０～１７歳の未成年者が対象となります。） | | | | | | |
| 病名 及び  関連資料 | 病名必須 |  | | | | | |
| 診断確定年月日必須 | | | （西暦）　　　　年　　月　　日 | | | |
| (1)指定難病No. | | | | (2)小児慢性特定疾病No. | | |
| （3）小児の希少難病であることが分かる書類として、以下添付します。  「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」  （指定難病や小慢疾病にリストされている場合はナンバーを記載。リストされていない場合は小児の希少難病であることが分かる資料タイトルとURLを記載いただくか、コピーをご提出ください。） | | | | | | |
| 添付書類 | 疾患名について、以下添付します。  「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」  （診断書（発行から６ヶ月以内）又は小児慢性特定疾病・指定難病の医療費受給者証の写しをご提出ください。） | | | | | | |
| 連絡先 | （住所や連絡先が申請者と異なる場合は以下にご記入下さい。） | | | | | | |
| 診療を受けている  医療機関名 | 病院　　　　科　医師名　　　　　先生  難病治療のため、主に診てもらっている病院とドクター名をご記入下さい。複数の医療機関に通っている場合は、全ての医療機関をご記入下さい。 | | | | | | |
| 使用目的等必須 | （支援金を何に利用されたいか「目的」をご記入ください。また、特段の事情や緊急性など、伝えたいことがあればご自由にお書き下さい。） | | | | | | | |
| 承諾事項 | * 支援金受給は患者1名につき1回のみであること、申請が不採択となった場合、異議を申し立てないことについて、十分理解しました。 * 要件を満たさないと認められた場合で、既に支援金給付を受け取っていた場合には、全額を返金致します。   （氏名） | | | | | | | |

【アンケート】

＊お願い：難病患児家族の経済的なニーズの実情を把握し、今後の事業の参考にさせていただきたいと思います。つきましては、アンケートにご協力ください。

＊〔ご意見ご感想とメッセージをお寄せください。〕

|  |  |
| --- | --- |
| （１）このエンジェルスマイル基金による支援金給付事業について、ご感想や改善点など、ご自由にご意見をお寄せください。 | |
|  | （自由記述） |
| （２）エンジェルスマイル基金は、趣旨に賛同する方・企業団体など支援者様のご寄付により成り立っております。もしよろしければ、支援者様への一言メッセージをお願いします。 | |
|  | （自由記述） |
| ※お写真提供のお願い…差し支えない方は、ﾒｯｾｰｼﾞと共にお写真もお送り頂けますと幸甚です。支援者へのご提供及び当協会広報にも使用させて頂くことについて、予めご承諾の上お送りください。帽子,眼鏡,マスク等で顔を隠して頂いても、後頭部だけの写真などでも構いません。ご協力宜しくお願いします。 |

＊〔経済的ニーズについてお聞かせください。〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 問1 | 患者の同居の家族構成（黄色欄該当に✓ﾁｪｯｸ。カッコ内に人数を記入） | | | | | | | | | |
|  | 父 |  | 母 | |  | 祖父母（　）名 | |  | 患児の兄弟（　）名 |
|  | その他の同居家族（関係性）　　　　が（　）名 | | | | | | | | |
| 問2 | 特別な負担について（黄色欄該当に✓ﾁｪｯｸ。該当右欄に何にいくらかかるかを記入） | | | | | | | | | |
|  | 自己負担となる医療費 | | | | | | に年間約　　　円 | | |
|  | 交通宿泊費 | | | | | | に年間約　　　円 | | |
|  | 福祉用具等 | | | | | | に年間約　　　円 | | |
|  | 治療に関わる特殊な食品の購入 | | | | | | に年間約　　　円 | | |
|  | 施設利用 | | | | | | に年間約　　　円 | | |
|  | その他、消耗品などについて | | | | | | に年間約　　　円 | | |
| 以上をトータルして負担総額 必須 | | | | | | | 年間約　　　円 | | |
| 問3 | 利用している医療費助成制度、児童手当、医療保険などについて（黄色欄該当に✓ﾁｪｯｸ） | | | | | | | | | |
|  | 小児医療費助成制度（マル乳・マル子） | | | | | | | | |
|  | 心身障害者医療費助成制度（マル障） | | | | | | | | |
|  | 児童手当、児童扶養手当 | | | | | | | | |
|  | その他の助成・補助（　　　　　　） | | | | | | | | |
|  | 医療費助成制度等は利用していない。健康保険証のみで受診 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 医療費が補償される民間の保険・共済への加入の有無　必須 | | | |  | 加入している（保険等の名称と補償内容を簡単に教えてください。） | | | | |
|  | 加入していない（理由も教えてください。） | | | | |
| 世帯年収（同居家族の年間収入総額）必須 | | | | 円 | | | | | |
| 問4 | 自由記述 ＊その他お困りのこと、お悩み、心配事などご自由にご記入ください。 | | | | | | | | | |

＊お問合せ先： kanji[familysp@angelsmile-prg.com](mailto:familysp@angelsmile-prg.com)（お問い合わせはメールでのみお願いします。）