



2025 年度 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事業

募 集 要 項

難病・希少疾患と診断されても、患児とご家族が笑顔を絶やさず
夢や希望に向かって一步を踏み出せるように支えたい。
このたび、応援給付を希望するご家庭を募集いたします。

【目的】

難病のお子さんを育てるご家庭への経済的な負担は、通院の交通費や個室代、特別な食品の購入、きょうだい児の付き添いなど多岐にわたります。こうした負担は保護者の精神的な不安にも影響します。協会では、経済的支援が家庭の安心につながり、子どもへのケアに集中できる環境をつくることが重要と考え、「エンジェルスマイル基金」による応援給付金事業を通じて、少しでもご家庭を支えることを目的としています。

【経緯】

2021 年に小児難病家庭を対象としたアンケートを実施し、医療費助成の対象外となる支出の実態を明らかにしました。調査と並行して保険制度も検討した結果、診断後の患児が新たに加入できる保険を創設することは困難であることが判明。そのため、保険に頼らない別の形で経済的な安心を届ける必要があります、応援給付金事業の立ち上げに至りました。

「難病のお子様とその家族の経済的なニーズに関するアンケート調査」研究会報告書

https://angelsmile-prg.com/cms/wp-content/uploads/2021/09/210915_report.pdf



【応募条件】

- **申請時点**で難病・希少疾患と診断を受けている未成年のお子様（**満 17 歳迄**）がいらっしゃる世帯であること。申請は、保護者・扶養義務者の方より行って頂きます。
- **国内在住の未成年患者** または 海外在住の日本国籍を有する未成年患者であること。
- 指定難病又は小児慢性特定疾病にリストされている疾患、あるいは難病・希少疾患であることが客観的にわかる資料を提示できること。
- 世帯年収が **500 万円以下** であること。

【添付書類】

- **診断書**又は**医療費受給者証**或いは**障害者手帳**写しなど、医療機関や公的機関が発行した病名の記載のある資料の写し。Web サイトから閲覧できる資料であればその URL で結構です。
- より経済的な負担が大きいご家庭を支援することを本事業の趣旨としていることから、世帯年収が分かる資料の写し（源泉徴収票、確定申告書の写し、課税証明書など）。

【支援給付の内容】

患児ひとりあたり **10 万円**

申請者（患児の保護者・扶養義務者）の銀行口座にお振込いたします。

給付は患児ひとりにつき生涯 1 回限りとさせていただきます。



小児希少難病支援
エンジェルスマイル・プログラム

一般財団法人健やか親子支援協会

2025AngelSmileFoundation

【応募方法・締切り】

所定の「応募フォーム」に必要事項を記載して、パスワード付きメール添付又は郵便かFAX（03-5358-8756）にて、下記宛てご提出ください。

〒151-0053 東京都渋谷区代々木二丁目 23-1-360
一般財団法人健やか親子支援協会
事務局宛て

Mail : kanjifamilysp@angelsmile-prg.com



※後掲の応募フォームの記入例をご参照ください。

※ご応募いただいた後に、必要に応じてメールや電話で質問をさせて頂くことがあります。

【応募期間】 2025 年 9 月 22 日（月） 正午 12 時～10 月 31 日（金） 正午 12 時

【選考方法】

当協会で設置するエンジェルスマイル基金選考会にて審査し、その答申に基づいて理事会の承認により決定いたします。採択件数は **25 件程度** を予定しております。

選考理由については、一切のご質問にご回答を致しかねますので、予めご了承ください。

【選考通知】

選考通知は、2025 年 **12 月上旬** を予定しています。

応援給付金の交付は 2025 年 **12 月末頃** を予定しています。

【事前承諾のお願い】

以下、①②について事前にご了解の上、ご申請ください。

① 申請が不採択となった場合に異議を申し立てないことについて、ご理解ください。

② 要件を満たさないと認められた場合で、既に応援給付金を受け取っていた場合には、**全額を返金頂きます。**

【アンケートご協力をお願い】

今後の本事業に反映させて頂きたいと存じますので、「申請書」添付のアンケートにご協力ください。

【個人情報の取り扱いについて】

お送りいただいた個人情報については協会内での事務手続き以外には使用いたしません。

【支援者へのメッセージのご協力をお願い】

エンジェルスマイル基金による応援給付事業は、趣旨に賛同する個人の方・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。支援者様へのメッセージと、差し支えない方は写真をお寄せください。

頂いたお写真は、支援者様へのご報告のために使用するほか、当協会ホームページ、SNS などで、協会の活動についての広報として使用させて頂きたく存じます。メディアで紹介される可能性もございますので、ご提供くださる方は予めご了承ください。



小児希少難病支援
エンジェルスマイル・プログラム

一般財団法人健やか親子支援協会

2025AngelSmileFoundation

※お顔出しNGの方には、撮影時にご配慮をお願いします。

※写真添付なくメッセージだけでもありがたいです。ご協力よろしくお願いします。

*******【お問合せ先】*******

一般財団法人健やか親子支援協会 事務局

メール：kanjifamilysp@angelsmile-prg.com

Tel : 03-6673-0662 Fax : 03-5358-8756



申請書フォーム記入例

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		
必須 申請者	フリガナ			
	お名前			
	ご所属患者会	※患者会が発足していない・入会していない場合は、その旨ご記入ください。		
	ご住所	〒		
	電話番号	FAX		
	メールアドレス	@		
	関係性：患者から見てあなたは		(本人・父・母など)	
必須 患 者	フリガナ			
	お名前			
	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	(西暦) 年 月 日	
		(1)指定難病 No.	(2)小児慢性特定疾病 No.	
		(3) 小児の難病・希少疾患であることが分かる資料として、以下添付します。 タイトル URL：「 ※「」内記載例：xxx 大学内科 xxx 教授の論文「xxx 疾患における xxx アプローチについて」(20xx 年 xx 月 xxxx 学会誌) URL… (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難病・希少疾患であることが分かる URL を記載いただくか、コピーをご提出ください。)		
	添付書類	添付資料：「 ※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或いは障害者手帳等の写し等医療機関や公的機関が発行した病名の記載のある資料の写しをご提出ください。 ※世帯年収が分かる資料を添付してください。（源泉徴収票、確定申告書写し、課税証明書など）		
診療を受けている 医療機関名	病院 科 医師名 先生 基礎疾患である難病について主に診てもらっている病院・診療科・ドクター名をご記入下さい。なお当協会からご記入いただいた病院やドクターにご連絡することはありません。			
必須 使用目的等	(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。) 記載例：ひとり親家庭など家族構成、低所得世帯、同居家族にもう一人要支援者がいる、感染症罹患を機に症状が深刻化している、限られた時間内に夢をかなえたい、など			
必須 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。 (ご芳名)			

【アンケート】

*お願い：難病患儿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難病児家庭応援給付金事業について、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、趣旨に賛同する個人の方・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、お写真もお送り頂けると幸いです。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。)

*〔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 記載例：叔母（申請者の妹）が1名同居		
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）		
	✓	記載例 自己負担となる医療費	感染症が重篤化につながるため個室利用に年間約 36,000 円
		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
	必須	負担総額	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（ ）	
		医療費助成制度等を利用していない。健康保険証のみで受診	
	必須	医療費が補償される 民間の保険・共済への加入の有無	加入している（保険等の名称と補償内容） ※記載例：発症前に xx 社の xx 共済に加入。入院日額と手術費が補償される。
			加入していない（理由）



			※記載例：保険会社数社のカスタマーセンターで、病名が付いていると加入できる保険はないと言われ、諦めている。
	必須 世帯年収（同居家族 の年間収入総額）	円 ※記載例：年間収入は●●●万円。ひとり親家庭で非正規雇用のため。	
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。		