



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			
	ご所属患者会名			
	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			
必須 患者 関連資料	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。 タイトル 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希少難病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 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。	
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。)			
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っています。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 ()	
		医療費助成制度等は利用していない。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 世帯収入（同居家族の 年間収入総額）	円
問 4	自由記述 <u>*その他お困りのこと、お悩み、心配事などご自由にご記入下さい。</u>	

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