



受付番号：

年 月 日

## 支援申請書

「がん患者支援 給食費の一部負担」の支援をうけたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請します。

氏名 ※			
性別 ※	男 ・ 女	年齢 ※	歳
住所 ※	〒		
電話番号 ※			
がんの部位			
進行時のステージ			
診断からの経過年数	年	ヶ月	
1ヶ月あたりの治療費			
就労による収入の有無 ※	有 ・ 無		
児童の氏名 ※		年齢 ※	歳
児童の学校名 ※		学年 ※	年

■※印は必須項目です。

■応募いただいた方の個人情報、利用目的の範囲に限定して利用し適切に取り扱います。  
事前に同意を得ることなく第三者に提供することは一切ございません。

■連絡先に変更があった場合は事務局までご連絡ください。

(添付書類)

- ① 治療明細書 (がん患者であることがわかるもの)
- ② 児童の保険証のコピー