

## 20歳以上支援金申請書

※太枠内を記入してください。

申請者氏名(旧姓)			
生年月日	年	月	日
発症年齢	歳 (                  年生)		
住 所			
連絡先			
メールアドレス			
かかりつけ病院 主治医	病院	医師	
申請日	年	月	日
申請回数	1回目	・	2回目
申請理由	例：家庭が経済的に苦しく、医療費の負担が大きいため		
振込口座	ふりかな 口座名義		
	銀行		
	店番	店	
	口座番号		
決 定	申請受理	年	月
	受理幹事	日	決定番号
			㊞

郵送先：広島「もみじの会」事務局

〒734-0037      広島市南区霞 1-2-3 広島大学病院小児科気付