

申込番号：

患者負担金の免除申請書

申請日 年 月 日

申請者 住所 〒 _____

氏 名 _____ 印 (患者との続柄: _____)

ふりがな
患者氏名 _____ (生年月日: _____ / _____ / _____)

※ご記入いただいた住所・氏名等個人情報、は、免除申請手続きにのみ使用いたします。

1. 私は日本骨髄バンクに患者登録をしましたが、下記の理由により患者負担金の免除を関係書類を添えて申請いたします。

2. 申請理由

3. 提出書類（どちらかの□に✓印をつけて下さい）

- ☐
- 1) 生活保護受給世帯の方

- ① 同居世帯全員の住民票
② 生活保護受給証明書

- ☐ 2) 経済的に困窮な世帯の方

- ① 同居世帯全員の住民票
- ② 世帯全員の所得課税証明書、源泉徴収票、非課税証明書

当法人記入欄：登録日 年 月 日
：患者 I D