

■患者負担金の免除について

当法人では、骨髄バンクを介して移植を希望される患者さん・ご家族に、コーディネートの各過程における料金をご負担いただいております。

経済的なご事情で支払いが困難な方々には、患者負担金（国内料金）の全部、または一部を下記の基準により免除しています。以下に該当する方（世帯）が対象となります。また、海外ドナーとのコーディネート費用については、下記の免除基準に従って100万円を限度に免除しています。

患者負担金 免除基準

免除の対象となる方々	免除率
生活保護受給世帯 住民税非課税世帯 所得税非課税世帯	100%
所得税年額 16,800円以下の世帯	90%
所得税年額 42,000円以下の世帯	70%
所得税年額 80,000円以下の世帯	50%

※所得税年額は世帯の合計ではなく、世帯の中で所得税年額が一番高い方が80,000円以下の場合、免除対象となります。

《必要な公的機関の証明書》

生活保護世帯の方			取得できる場所
<必須>	①世帯全員の住民票	…患者さんがいらっしゃる世帯のもので、「世帯全員」と記載されているもの ※単身世帯の場合でも「世帯全員」のものを取得ください	市区町村
<必須>	②生活保護受給証明書	…上記住民票に記載のある方全員が生活保護を受給していることを証明するもの	福祉事務所 都道府県

生活保護世帯以外の方			取得できる場所
<必須>	①世帯全員の住民票	…患者さんがいらっしゃる世帯のもので、「世帯全員」と記載されているもの ※単身世帯の場合でも「世帯全員」のものを取得ください	市区町村
<必須>	②上記住民票に記載がある方全員の所得課税証明書	…所得・控除・税額の内訳がそれぞれ記載されているもの(省略不可) …住民税非課税の方は非課税証明書でも可	市区町村
<任意>	③源泉徴収票(コピー)	…会社勤めの方で住宅ローン控除を受けられている方	勤務先
	④確定申告書控(コピー)	…自営業等で確定申告されている方、住宅ローン控除を受ける方(初回)	—

※所得のない扶養家族（子供等）の場合、非課税証明書は必要ありませんが所得課税証明書で扶養家族等の控除内容が明記されているものを提出してください。

※上記以外に証明書を必要とする場合等は個別にご連絡させていただきます。

負担金の免除を希望される場合は、「患者負担金の免除申請書」に必要事項記入のうえ、公的機関の証明書等を添付し、下記あてに郵送してください。

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町3丁目19番地 廣瀬第2ビル
公益財団法人 日本骨髄バンク 総務部 あて

【申請にあたって】

- ・負担金の免除を希望される場合は、患者登録時または登録後できるだけ速やかにご申請ください。
- ・「患者負担金の免除申請書」は、当法人ホームページからダウンロード可能です。
または患者問い合わせ窓口（TEL：03-3296-8699）までお問い合わせください。
- ・申請書類の受理後、当法人にて審査のうえ、免除率を決定し結果をお知らせします。
（審査結果は書類をご提出いただいてから1ヶ月ほどでお知らせしております。）
- ・原則として、申請前や審査結果通知前にお支払いいただいた負担金は免除されませんのでご了承ください。

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ID _____)