



第5回 芸術家のくすり箱ヘルスケア助成プログラム（2015年度） 応募用紙

- 諸注意： ● 応募要項をよくご覧の上お申し込みください。  
● 申込書はもれなく記入し、添付資料も必ずご提出ください。  
● 読みやすい字ではっきりとお書きください。  
● 助成を受けようとする方、ご本人がご記入ください。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 生年月日：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

ふりがな  
芸名： \_\_\_\_\_

ふりがな  
本名： \_\_\_\_\_ 性別： 男・女 年齢： \_\_\_\_\_ 才

所属： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_

自宅最寄駅： \_\_\_\_\_ 線 \_\_\_\_\_ 駅

電話：(携帯) \_\_\_\_\_ (固定) \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ Fax： \_\_\_\_\_

国籍： \_\_\_\_\_

1. 現在かかえている怪我・故障について、ご記入下さい。

部位： \_\_\_\_\_ 傷病名： \_\_\_\_\_

発生時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_

原因： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

治療等の経過(時期、治療内容等)： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

現在の症状と芸術活動への影響： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



#### 4. 名前の公表について

助成対象者には、助成対象となった怪我・故障等とその治療や助成内容について、芸術家のくすり箱の記録集やセミナー、インタビュー等でシェアしていただきます。ヘルスケアの重要性を他の芸術家のみなさんに伝え、同じような怪我で悩む人たちのためにも、是非、助成対象者の方にはお名前を公表して、可能な範囲でご意見やご感想をシェアしていただきたく思います。

つきましては、名前の公表について申請者ご本人のご希望をお聞かせ下さい。

※該当するものに○をして下さい。

名前の公表について【了承します ・ 面接時に相談を希望します ・ 匿名希望です】

**[1 次審査]** 以下の書類を本応募用紙に添付して郵送してください。

- 当助成の対象となる怪我・故障についての医師の診断書(芸術家のくすり箱の所定用紙)
- 【応募資格・別表】に記載された、該当部分の証明書類(3つ以上あてはまること)

**[2 次審査]** 以下の書類を面接日にご持参いただきますので、ご準備ください。

- 署名捺印された所属団体承諾書(フリーの方も署名のみ必要)
- 健康保険証のコピー
- 日本国籍でない方: 永住権やその他職業的芸術活動に適したビザが確認できる書類のコピー

※担当医からレントゲン写真やMRI写真などの貸出を受けられた方はご持参下さい。

#### 本人署名欄

私は、芸術家のくすり箱ヘルスケア助成応募要項を確認のうえ、この申請書および添付資料について正しく申告することを誓います。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 氏名: \_\_\_\_\_ (印)

#### 本人が未成年の場合、親権者署名欄

私、申請者 \_\_\_\_\_ の親権者である \_\_\_\_\_ は、この芸術家のくすり箱ヘルスケア助成への応募を認め、申請書および添付資料について正しく申告することを誓います。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 氏名: \_\_\_\_\_ (印)



		記入日付[ 年 月 日]		
氏名		生年月日	年	月 日
初診日				
傷病名				
考えられる原因				
症状などの所見				
	<input type="checkbox"/> 現在の状況: 治療中 ・ 完治 ・ 経過観察 (いずれかに○をつけて下さい)			
治療見込み期間				
備考				

※X線・MRI検査済みの場合は、本人より請求がありましたら写真の貸出をお願い致します。

医療機関名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_ (印)

NPO 法人 芸術家のくすり箱 Total Health Care for Artists Japan  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-12-30 芸能花伝舎3F  
Tel. 03-6302-3048 E-mail: info@artists-care.com http://www.artists-care.com



## 所属団体承諾書

■所属団体の代表者または担当者の方は、下記にご署名下さい。

(所属団体名) \_\_\_\_\_ は、所属芸術家である(申請者名) \_\_\_\_\_ の  
芸術家のくすり箱ヘルスケア助成応募にあたり、応募要項の「助成対象者の義務」を確認し、  
採択となった際には、プログラムの遂行に協力いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 団体名: \_\_\_\_\_ (団体印)

または

担当者名: \_\_\_\_\_ (担当者印)

連絡先:

電話: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

■フリーで活動している方は、下記にご署名下さい。

私(署名) \_\_\_\_\_ は、団体に所属せずに芸術活動を行っています。尚、  
助成期間中に団体に所属することになった際は、速やかに所属団体承諾書を提出致します。