

離島患者等通院費支援助成金申請書兼請求書

栗国村長 殿

申請者 住 所：

氏 名：

(本人との続柄：)

電話番号：

離島患者等通院費支援助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付を申請します。

【1】申請内容

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒901- 栗国村字	連絡先	自宅： 携帯：
付添人の氏名 (下記の要件に該当し付添人がある場合記入) ※患者等が①未成年者、②要介護認定者・要支援認定者、③医師が通院のため必要と認める者で、栗国村が付き添いを要すると認める者			
フリガナ		続 柄	付添人住所 (患者と住所が異なる場合記入)
氏 名			
フリガナ		続 柄	付添人住所 (患者と住所が異なる場合記入)
氏 名			
<small>※患者等が未成年者の場合は2名まで</small>			
申 請 理 由			
<input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療・検査 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> がん治療 <input type="checkbox"/> 指定難病又は特定疾患 <input type="checkbox"/> 重度障害者 (児) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防ワクチン接種後に多様な症状を呈している患者 <input type="checkbox"/> 上記患者の付添人			
助成金請求額	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 船舶運賃の領収書 <input type="checkbox"/> 航空運賃の領収書と搭乗券または搭乗証明書		
	<input type="checkbox"/> 宿泊施設の領収書 <input type="checkbox"/> 医療機関からの領収書及び明細書の写し		
	<input type="checkbox"/> 島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書 (様式第2号) ※妊産婦以外の方		
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し ※妊産婦の方		
	<input type="checkbox"/> 受給者証等の写し ※指定難病、特定疾患、小児慢性特定疾病、重度障害者 (児) の方		
	<input type="checkbox"/> 付添人の資格を確認できる書類 (住民票、介護費保険者証等) ※付添が認められた方		

【2】振込先

金融機関名	銀 行 ・ 農 協 信 金 ・ 金 庫	本店・支店・出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		