

栗国村歯科医院に係る渡航費助成金申請書兼請求書

栗国村長 殿

年 月 日

申請者 住 所：
氏 名：

（患者との続柄：

電話番号：

栗国村歯科医院に係る渡航費助成事業実施要項第5条の規定により、助成金の交付について、次のとおり申請（請求）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：	
付添人が認められる者 ①0歳から15歳（中学校卒業まで）までの未成年者 ②介護保険法における要介護認定者・要支援認定者					
フリガナ				続 柄	
付添人氏名					
付添人住所	(患者と住所が異なる場合記入) 栗国村字				
渡航日及び 受診歯科医院等	乗船日又は搭乗日		受診年月日		受診歯科医院名称
	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
	年 月 日		年 月 日		
添付書類	☐ 歯科医院等の領収書の写し				
	☐ 船舶運賃の領収書、又は航空運賃の領収書と搭乗券または搭乗証明書				
	☐ 付添人の要件を確認できる書類（住民票、介護保険被保険者証等）※付添人が認められた方のみ				

【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			

※村記入欄

助成金請求額	円
備 考	