

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（付添が認められた方のみ） ※未成年者・要介護認定者・要支援認定者・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				
申 請 理 由				
☐ 生殖補助医療（体外受精及び顕微授精）を受ける夫婦 ☐ 一般不妊治療（タイミング療法及び人工授精）を受ける夫婦 ☐ 妊産婦 ☐ がんによる治療を必要とする者 ☐ 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 ☐ 小児慢性特定疾病に係わる治療のため ☐ 指定難病に係わる治療のため ☐ 特定疾患に係わる治療のため ☐ 上記患者の付添人 (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院) (入院 ・ 通院)				
助成金請求額	円			
添付書類	☐ 診断書（様式第 2 号）※年度ごとに必要、妊産婦は不要 ☐ 母子健康手帳の写し ※妊産婦のみ			
	☐ 医療機関からの領収書の写し ☐ 宿泊施設の領収書			
	☐ 航空運賃の領収書と搭乗券または搭乗証明書 ☐ 船舶運賃の領収書			
	☐ 受給者証等の写し ※指定難病、特定疾患、小児慢性特定疾病に係る治療の方のみ			
	☐ 付添人の資格を確認できる書類（住民票、戸籍の写し、介護費保険者証等）※付添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			