

様式第1号(第4条関係)

島前以外の医療機関受診に関する交通費助成申請書

年 月 日

知夫村長 様

申請者 住所 知夫村

氏名 印(対象者との続柄:)

電話番号

島前以外の医療機関受診に関する交通費助成実施要綱第4条により以下の通り申請します。

また、助成決定に係る審査に際しては、当該医療機関に確認等の問い合わせをすることについて承諾します。

通院者および 付添人氏名	(生年月日: 年 月 日)	(生年月日: 年 月 日)
通院 状 況	区分/ 通院日	該当区分に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 未就学児および18歳未満の者 <input type="checkbox"/> 公費負担患者 <input type="checkbox"/> 悪性新生物・人工透析治療患者 (通院日を記入 例:令和〇年△月△日(付添あり)) ()
	医療機関	
	所在地	(連絡先)

申請額 金 円也

(適用)

(1)未就学児および18歳未満の者が通院した場合(通院した日の属する年度内に18歳に到達した者を含む。)

ア 未就学児 (島後)1回あたり付添人 1,000円 (本土)1回あたり付添人 2,000円

イ 小学生 (島後)1回あたり本人 2,000円 付添人 1,000円 (本土)1回あたり本人 3,000円 付添人 2,000円

ウ 中学生から18歳未満 (島後)1回あたり本人 2,000円 付添人 1,000円 (本土)1回あたり本人 6,000円 付添人 2,000円

※助成回数の上限は、受診先に関わらず、受診対象者一人あたり同一年度内に3回までとする。

(2)公費負担患者が通院した場合

(島後)1回あたり本人 2,000円 付添人 1,000円 (本土)1回あたり本人 6,000円 付添人 2,000円

※助成回数の上限は、受診先に関わらず、受診対象者一人あたり同一年度内に12回までとする。

(3)医師から継続した通院を指示されている場合

(島後)1回あたり本人 2,000円 付添人 1,000円 (本土)1回あたり本人 6,000円 付添人 2,000円

※助成回数の上限は、受診先に関わらず、受診対象者一人あたり同一年度内に12回までとする。

《振込を希望する金融機関》

金融機関名		支店・支所名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			