

第1号様式

喜界町難病患者等島外通院旅費助成金支給申請書

年 月 日

喜界町長 殿

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

喜界町難病患者等島外通院旅費助成事業要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

受診者氏名		生年月日		年 月 日
住 所	喜界町大字			
受診年月日	年 月 日			
交通手段	往 路	船便 ・ 航空便	復 路	船便 ・ 航空便
宿泊日数	年 月 日 ~ 年 月 日			泊 日

※関係書類

- (1) 島外で医療を受ける必要があることの証明書(別添1、年度1回提出)
- (2) 島外で医療を受けたことの証明書(別添2、2回目以降は受診した際の領収書等の写し)
- (3) 交通費、宿泊費の領収書

※以下は役場記入欄です。

本人負担額	
交通費	円
宿泊費	円
合 計 A	円

決裁年月日
年 月 日

助成額		
負担額合計 A	助成割合	助成決定額(A×2/3)
円	2/3	円

第2号様式

喜保福第号
年 月 日

様

喜界町長 隈崎 悦男

喜界町難病患者等島外通院旅費助成金支給決定・却下通知書

年 月 日付けで申請のあった、喜界町難病患者等島外通院旅費助成金の支給について、下記のとおり決定したのでお知らせします。

記

1 支給を決定します

・支給決定額 _____円

・支払方法 ご指定の口座へ 年 月 日以降に振り込みます。

※ 年 月 日受診分

2 支給を却下します

・却下理由

※ ご不明な点がございましたら、保健福祉課包括保健チームまでお問合せください。

保健福祉課包括保健チーム
電話:0997-65-3522

別添 1

島外で治療を受ける必要があることの証明書

住 所 鹿児島県大島郡喜界町 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

※対象者の氏名等を申請者が記入してください。

1.疾患名 _____

2.疾患に対する意見（必要な治療等）

※診断日もご記入ください。

喜界町長 殿

上記の者が、島外で医療を受ける必要があることを証明します。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

㊟

※年度が変わった場合は、改めて提出が必要になります。

別添2

島外で医療を受けたことの証明書

住 所 喜界町 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※対象者の氏名等を申請者が記入してください。

喜界町長 殿

上記の者が、治療を受けていることを証明します。

1.疾患名 _____

2.治療内容等 (治療開始年月日もご記入ください。)

3. 治療等の継続必要性の有無 (有 ・ 無)

4. 治療等の頻度(年 _____ 回程度)

年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名

医 師 名

