

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