

石垣市難病患者等に係る航空運賃助成申請書

年 月 日

石 垣 市 長 様

住 所 石垣市

申請者名 ㊟
(本人との続柄:)

区分	<input type="checkbox"/> がん治療 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療			
フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男 女	大・昭・平	年 月 日 (満 歳)
住 所	〒907- 石垣市	連絡先	自宅 携帯	
同行者氏名(同行者がいる場合記入)		続柄	同行者住所	
フリガナ			石垣市	
氏 名				
保護者氏名(患者が20歳未満の場合記入)		続柄	保護者住所(患者と住所が異なる場合記入)	
フリガナ			石垣市	
氏 名				
疾 患 名		治療中の医療機関		
		名称		
		住所		
		電話		
今回申請の航空路線				
年月日	使用航空会社及び便名	出発空港名	到着空港名	備 考
口座振込	銀行・金庫・組合		本店・支店・出張所	
	店番号		フリガナ	
	口座番号		名義人	