

様式第1号 (第4条関係)

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	

※申請受付窓口は、石垣市健康福祉センターです。(石垣市宇登野城 1357 番地 1 電話: 0980-88-0088)