

石垣市18歳未満の児童等に係る通院費等助成申請書					
					年 月 日
石垣市長 様					
住 所 石垣市					
申請者名					
(本人との続柄:)					
フリガナ		性別	生 年 月 日		
患者 氏名		男 女	平・令	年 月 日	(満 歳)
住所	〒 ー 石垣市	連絡先	自宅: 携帯:		
保護者氏名					
フリガナ		続柄	保護者住所(患者と住所が異なる場合記入)		
氏名					
医師氏名 (同行の医師がいる場合記入)					
フリガナ		医療機関名			
氏名					
疾 患 名			治療中の通院先医療機関		
		名称			
		住所			
		電話			
航空 路 線 状 況	搭乗年月日	航空会社	出発空港名	到着空港名	備考(金額)
	年 月 日		石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	
	年 月 日		石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	
	年 月 日		石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	
	年 月 日		石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	
	年 月 日		石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	
宿 泊 状 況	宿泊年月日		宿泊先施設名		備考(金額)
	年 月 日 ~ 年 月 日				
	年 月 日 ~ 年 月 日				
	年 月 日 ~ 年 月 日				

※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)