

18

石垣市長 様

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

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。(石垣市字登野城1357番地1 電話：0980-88-0088)