

医療機関 各位

石垣市渡航費助成に係る宿泊理由の記入について（依頼）

石垣市 市民保健部 健康福祉センター

石垣市では「石垣市難病患者等に係る航空運賃等の一部助成金交付要綱」に基づき、宿泊費の一部助成を行っています。

申請者には、貴院へ通院するための必要な宿泊（日帰りでは通院できない）を確認するため、診療受付や受付時刻が記録された領収書等（予約表、診療報酬表等）の提出をお願いしています。

お手数をおかけしますが、「予約票がない場合」や「領収書等に（診療・会計）終了時刻が記録されない場合」には、恐れ入りますが下記内容への記入のご理解とご協力をお願い申し上げます。

記

1.	対象者氏名：	
2.	生年月日：	年 月 日
3.	医療機関名：	
4.	医療機関住所：	
5.	予約時間：	年 月 日 午前・午後 時 分
6.	会計終了等時間：	年 月 日 午前・午後 時 分
7.	医療関係者記入者名・押印：	⑩
8.	その他理由：	

※領収書等への記入が困難な場合は、上記への記入をお願いします。

貴医療機関での治療中の方から求められた場合、領収書等へ予約時間または会計終了時刻を記入し、記入者の押印をお願いいたします。

【お問合せ先】市民保健部 健康福祉センター	〒907-0004 石垣市字登野城 1357 番地 1
離島患者等通院費一部助成事業担当	TEL：0980-88-0088 FAX：0980-88-0087