

石垣市離島患者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：)					
区分	☐ がん治療 ☐ 小児慢性特定疾病 ☐ 指定難病 ☐ 特定疾患 ☐ 妊産婦 ☐ 不妊治療(生殖補助治療) ☐ その他				
フリガナ			性別	生 年 月 日	
患者氏名			男 女	大・昭・平・令 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)					
フリガナ			続柄	同行者住所	
氏名					
保護者氏名(患者が20歳未満の場合記入)					
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			治療中の渡航先医療機関		
			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・()	
	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				
	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：88―0088)