

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	<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"/> 不妊治療(生殖補助医療) <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育治療・検査) <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 重度障害 ( <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級又は2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A1又はA2 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1級)					
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	〒 ー 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	ANA・JAL・( )	石垣・那覇・( )	石垣・那覇・( )		
	年 月 日	ANA・JAL・( )	石垣・那覇・( )	石垣・那覇・( )		
	年 月 日	ANA・JAL・( )	石垣・那覇・( )	石垣・那覇・( )		
	年 月 日	ANA・JAL・( )	石垣・那覇・( )	石垣・那覇・( )		
	年 月 日	ANA・JAL・( )	石垣・那覇・( )	石垣・那覇・( )		
	年 月 日	ANA・JAL・( )	石垣・那覇・( )	石垣・那覇・( )		
	年 月 日	ANA・JAL・( )	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
	年 月 日 ~ 年 月 日					
	年 月 日 ~ 年 月 日					
	年 月 日 ~ 年 月 日					
	年 月 日 ~ 年 月 日					
	年 月 日 ~ 年 月 日					