

記入例

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

※申請者は原則患者本人となります。
(未成年の場合を除く)
申請者が患者本人以外の場合は委任状
の提出が必要となります。

住 所 石垣市字大浜〇〇番地〇

→ 申請者名 石垣 健一郎

(本人との続柄：本人)

区分	<input checked="" 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	イシガキ ケンイチロウ	性別	生 年 月 日
患者氏名	石垣 健一郎	男 女	大・昭・平・令 〇〇年 〇月 〇〇日 (満 〇〇歳)
住所	〒907-0001 石垣市字大浜〇〇番地〇	連絡先	自宅： 携帯： <u>080-1111-1111</u>

同行者氏名(同行者がいる場合記入)			
フリガナ	イシガキ ハナコ	続柄	同行者住所
氏名	石垣 花子	妻	石垣市字大浜〇〇番地〇

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		
大腸がん	名称	琉球大学病院	
	住所	沖縄県宜野湾市喜友名1076番地	
	電話	098-894-1301	

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)
		RO年〇月〇日	ANA・JAL・()	石垣・那覇・()	石垣・那覇・()
	RO年〇月〇日	ANA・JAL・()	石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	10,940円
	年 月 日	ANA・JAL・()	石垣・那覇・()	石垣・那覇・()	領収書の金額をご記入下さい。
	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
		RO年〇月〇日 ~ RO年〇月〇日	〇〇ホテル
	年 月 日 ~ 年 月 日		領収書の金額をご記入下さい。
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		