様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(生殖補助医療に限る。)  □重度障害 （□身体障害者手帳１級又は２級　□療育手帳A1又はA2　□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 | | 〒　　　―  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 | |  | 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)