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)