

|                                |               |                                                                                   |             |                        |        |
|--------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|--------|
| 石垣市臓器移植に係る患者等の通院費等に係る渡航費等助成申請書 |               |                                                                                   |             |                        |        |
| 年 月 日                          |               |                                                                                   |             |                        |        |
| 石垣市長 様                         |               |  |             |                        |        |
|                                |               | 住 所 石垣市                                                                           |             |                        |        |
|                                |               | 申請者名                                                                              |             |                        |        |
|                                |               | (本人との続柄： )                                                                        |             |                        |        |
| フリガナ                           |               |                                                                                   | 性別          | 生 年 月 日                |        |
| 患者氏名                           |               |                                                                                   | 男<br>女      | 大・昭・平・令 年 月 日<br>(満 歳) |        |
| 住所                             | 〒 ー<br>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)