

様式第1号(第4条関係)

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 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		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。(石垣市宇登野城1357番地1 電話：0980-88-0088)