

与那国町難病患者等の渡航費等助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

与那国町長 様

申請者 住 所:与那国町字与那国 番地
氏 名:

(本人との続柄:本人)

連絡先電話番号:

ふりがな		性別	生 年 月 日		
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)		
住 所	与那国町字 番地	連絡先	自宅		
			携帯		
保護者氏名(患者が20歳未満の場合記入)		続柄	保護者住所(患者と住所が異なる場合記入)		
ふりがな					
氏 名					
疾 患 名		治療中の医療機関			
		名 称			
		所在地			
		電 話			
今回申請の航路及び航空路線					
年 月 日	航路名、航空会社及び便名	出発港・空港名	到着港・空港名	備 考	
宿泊施設の名称		宿泊期間	月 日から 月 日まで		
渡航費等合計額	円	助成金請求額	円		
口座払込先	銀行・組合・公庫・農協		支店・本店		
	フリガナ		店 番 号		
	名 義 人		口座番号		

(注) この請求書は、与那国町の住民で、がん患者や特定医療費(指定難病)受給者証を有する方など、対象となる方のみが使用されるものです。

(注) 添付書類:申請の都度必要なもの ①航空券等の控え、②医療機関の領収書等(写し)、③宿泊施設の領収書 年度に一度必要なもの ①受給者証等(写し)、②意見書