

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								