

与那国町歯科医院に係る渡航費助成申請書兼請求書

年 月 日

与那国町長 殿

申請者 住所：与那国町字与那国

氏名： 電話：

与那国町歯科医院に係る渡航費助成事業実施要綱第4条第1項により助成金の交付について、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

ふりがな 氏名	()	
生年月日	年 月 日 (歳)	
受診日	年 月 日	
歯科医院名称		
今回申請の航路 ・航空路線	往路	復路
飛行機	☐ 与那国→石垣	☐ 石垣→与那国
	☐ 与那国→那覇（直行・経由）	☐ 那覇→与那国（直行・経由）
船	☐ 与那国→石垣	☐ 石垣→与那国

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 本店・支店 信用金庫		
預金種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな 口座名義人	()		

3 確認事項 ☒を入れてください。

- ☐ 受診した歯科医院は沖縄県内の歯科医院である。（沖縄県外は対象外）
- ☐ マイルやポイントでの購入は対象外とする。
- ☐ 購入金額が補助金額の上限（与那国―石垣間離島割引運賃の8割）を下回る場合、購入金額の8割を助成する。この時、片道ずつで考えることとする。
- ☐ この助成を受けた場合は、沖縄離島住民等交通コスト負担軽減事業等、渡航費の助成又は補助に係る還付金は受けることはできない。

4 添付書類

- (1) 歯科医院の領収書（写）
- (2) 運賃の領収書
- (3) 搭乗証明ができるもの（飛行機の搭乗券、船の搭乗証明書等）

※町記入欄

助成金決定額	円
備考	