

伊仙町島外受診旅費助成金交付申請書

年 月 日

伊仙町長 殿

申請者住所

申請者氏名

印

連絡先

伊仙町島外受診旅費助成事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します

対象者の氏名			生年月日		
対象者の住所					
付添い者の氏名			生年月日		
付添い者の住所				続柄(関係)	
交通手段	船 舶 ・ 航 空 機		宿泊	有 ・ 無	
振 込 先	フリガナ				
	口座名義人				
	金融機関名				
	支 店 名				
	口 座 番 号	普通 ・ 当座			

医療機関等証明欄

患者氏名			疾病名		
島外での受診を必要とする理由	1 専門医が不在 2 診療科が未設置 3 その他() ※該当する理由の番号を○で囲んでください。 ※3「その他」の場合は、島外で治療を受ける必要がある理由を記載して下さい。				
入院・通院の別	入院 ・ 通院	入院・通院期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

上記のとおり証明します

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

印

町の記入欄	ア)交通費	イ)宿泊費	ウ)選定額	エ)支給額
対象者分	円	円	円	円
付添者分	円	円	円	円
合計	円	円	円	円