

第 1 号様式

知名町難病患者島外通院旅費助成金支給申請書

年 月 日

知名町長 殿

申請者 住所

氏名

㊞

知名町難病患者島外通院旅費助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

通院した者の氏名		生年月日	
住 所			
通 院 年 月 日			
交 通 手 段			
宿 泊 日 数			
難 病 名			
医 療 機 関 名			

※関係書類

- (1) 島外で医療を受ける必要があることの証明書（別添 1）
- (2) 島外で医療を受けたことの証明書（別添 2）
- (3) 振込依頼書（別添 3）
- (4) 交通費、宿泊料の領収書等の写し

町 記 入 欄	受付年月日	年 月 日	助成金額	円
	町税等収納状況	滞納無 ・ 滞納有	税務担当者印	印
	助成	該当 ・ 非該当	決裁年月日	年 月 日

別添 1

島外で医療を受ける必要があることの証明書

住 所 鹿児島県大島郡知名町（大字） _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日 （ 男 ・ 女）

※対象者の氏名等を申請者が記入してください。

1. 難病名 _____

2. 難病に対する意見

上記の者が、島外で医療を受ける必要があることを証明する。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名



別添2

島外で医療を受けたことの証明書

住 所 鹿児島県大島郡知名町（大字） _____

氏 名 _____

生年月日 年 月 日 （ 男 ・ 女 ）

※対象者の氏名等を申請者が記入してください。

1. 難病名 _____

2. 治療等内容

3. 今後の治療等 治療等の継続の有無 （ 有 ・ 無 ）

4. 治療等の頻度 （年： 回程度） （月： 回程度）

上記の者が、本院で受診したことを証明する。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名



別添 3

難病患者島外通院旅費助成金振込依頼書

年 月 日

知名町長 殿

住所

氏名

㊞

電話

電話区分（自宅・ ）

知名町難病患者島外通院旅費助成金の交付申請について、支給決定をされた場合には、下記の振込先にお支払い下さるようお願いいたします。

振込先	_____ 銀 行 _____ 支 店				
	_____ 信 用 金 庫 _____ 支 店				
	_____ 農業協同組合 _____ 支 所				
	_____ 信 用 組 合 _____ 支 店				
フリガナ					
口座名義人					
口座の種別		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄（○で囲んでください）			
口座番号					
受給者	(フリガナ) 氏 名		男・女	受給番号	
	生年月日			電話番号	
	住 所				
備考					