

第1号様式（第5条関係）

和泊町子ども島外受診旅費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

和泊町長 様

【申請者】 住 所 和泊町

氏 名

電 話 番 号

対象児との続柄（ ）

和泊町子ども島外受診旅費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

対 象 児 氏 名		生 年 月 日	
入院・通院の月日	別添2「島外で医療を受けたことの証明書」のとおり		
対 象 児	交 通 費	<input type="checkbox"/> 飛行機 <input type="checkbox"/> 船	円
	宿 泊 費	<input type="checkbox"/> 1泊 <input type="checkbox"/> 2泊	円
保 護 者	交 通 費	<input type="checkbox"/> 飛行機 <input type="checkbox"/> 船	円
	宿 泊 費	<input type="checkbox"/> 1泊 <input type="checkbox"/> 2泊	円
計			円

【注意事項】

・交通費は、沖永良部から鹿児島又は那覇までの離島割引適用後往復運賃を限度とする。

・宿泊費は、小学生以上1名1泊8,000円を上限とする。

※交通費・宿泊費の実費額がわかる領収書等を添付して下さい。

※同一医療に係る申請は2回以内とする。

※本事業の申請は、受診日から1か月以内となっております。

振 込 先	カ タ カ ナ 口 座 名 義 人	
	金 融 機 関 名	
	支 店 名	
	口 座 番 号	普通 ・ 当座