

第1号様式(第5条関係)

伊仙町島外受診旅費助成金交付申請書

令和 年 月 日

伊仙町長 殿

申請者住所 伊仙町

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項の規定に基づき、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	伊仙町		
付添い者の氏名		生年月日	
付添い者の住所	伊仙町	続柄(関係)	
交通手段	船舶・航空機		
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			
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)申請額	イ)助成上限額	ア又はイの低い額
対象者分	円	円	円
付添者分	円	円	円
合計	円	円	円