

伊仙町指定難病者等旅費助成金支給申請書

年 月 日

伊仙町長 様

申請者 住所 伊仙町
氏名

印

伊仙町指定難病者旅費助成金交付事業要綱の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

入院・通院した者の氏名		生年月日	
住 所	伊仙町		
入・通院月日	別紙「入・通院証明書」のとおり		
交 通 手 段	航空機 ・ 船舶		
振 込 希 望 先	金融機関名		支店名
	口座名義人	(フリガナ)	預金種別
	口座番号		当座・普通

※下記は記入しないでください。

本 人	航空運賃	
	船舶運賃	
助成決定額	計	円
備 考		

※ 1回の旅費のうち、次の各号に掲げる額とする。

- (1) 航空運賃及び船舶運賃の全額。
- (2) 離島割引を適用した航空運賃（徳之島～鹿児島間往復分）を限度とする。