

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