

様式第1号（第4条関係）

竹富町難病患者等の渡航費等助成申請書

年 月 日

竹富町長 様

申請者 住所
氏名 印
(本人との続柄：)
連絡先電話番号

ふりがな		性別	生 年 月 日		
患者氏名		男・女	大・昭・平	年 月 日	(満 歳)
住 所	〒 竹富町		連絡先	自宅 携帯	
保護者氏名 (患者が 20 歳未満の場合記入)		続柄	保護者住所 (患者と住所が異なる場合記入)		
ふりがな			〒		
氏名					
疾 患 名		治療中の医療機関			
		名 称			
		所 在 地			
		電 話			
今回申請の航路及び航空路線					
年 月 日	航路名、航空会社及び便名	出発港・空港名	到着港・空港名	備 考	
宿泊施設の名称		宿泊期間	月 日から 月 日まで		
渡航費等合計額	円	助成金請求額	円		
口座振込	銀行・金庫 組合				
	店 番 号		フリガナ	本店 支店	
	口座番号		名 義 人		

(注) この申請書は、国・県において実施されている特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業で、沖縄県知事の発行する受給者証の交付を受けている方のみ使用されるものです。

(注) 添付書類：①受給者証（写し）、②航空券の控え（写し）、③受給者証に記載された医療機関の領収書等（写し）、④宿泊施設の領収書