

こどもの通院治療にかかる渡航費助成申請書兼請求書

年 月 日

竹富町長 殿

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話

こどもの通院治療にかかる渡航費の助成を受けたいので、同助成金交付要綱第4条の規定により申請及び請求します。

助 成 対象児	ふりがな				受 給 資 格 者 証 番 号
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 生 (歳)			
保護者	氏 名	☐ 申請者に同じ			
	住 所				
受診医療 機関及び 利用した 航路	付き添い 保護者あり	受診年月日	受診医療機関名称	利用した船航路	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
		年 月 日		() ~ 石垣島 間	
振 込 先 口 座		銀行・組合・金庫・農協		本店・支店	
ふ り が な				口 座 番 号	
名 義 人					

※町記入欄

補 助 金 決 定 額	円
備 考	

添付書類

☐ 医療機関の領収書（原本） ☐ 渡航運賃の領収書（原本） ☐ 義務履行確認申請書 ☐ 振込口座の写し
※現物給付の場合、沖縄県国民健康保険団体連合会からの通知確認後の支給となります。
※虚偽の申請を行った場合は、補助金の交付を取り消し、または既に交付した補助金の返還を求めます。