

# こどもが通院する場合における渡船運賃補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

竹富町長 殿

提出した日付をご記入ください。

申請者 住 所 竹富町字●●●  
 (保護者) 氏 名 竹富 吾郎  
 電 話 (携帯電話も可)

こどもが通院する場合における渡船運賃補助金の交付を受けたいので、同補助金交付要綱第3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	たけとみ たろう		受給資格者証番号
	氏 名	竹富 太郎		(受給者証に記載されています。)
	生年月日	H 25 年 8 月 13 日 生 ( 8 歳) ※申請時の年齢		
保 護 者	氏 名	竹富 吾郎		
	住 所	竹富町字●●●		
受診医療機関及び 利用した船航路	受診年月日	受診医療機関名称	利用した船航路	
	令和 3 年 4 月 9 日	●●●こどもクリニック	(西表大原、小浜など) ~ 石垣島 間	
	令和 3 年 5 月 8 日	●●●耳鼻咽喉科医院	( " ) ~ 石垣島 間	
	令和 3 年 8 月 4 日	" (←上記と同じ医療機関 の場合は省略可)	( " ) ~ 石垣島 間	
	令和 3 年 9 月 2 日	●●●歯科医院	( " ) ~ 石垣島 間	
	令和 3 年 10 月 1 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	(振込先がこども医療費と同じ場合は、「こども医療費と同じ」と空いている所にご記入ください。)			

※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(写) 渡船運賃の領収書(原本) 義務履行確認申請書

※1(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。

小学生・中学生が対象です。申請書は役場窓口・出張所に設置しています。