

特定疾患患者等援護申請書

年 月 日

枝幸町長 様

住 所  
申請者  
氏 名 ㊟

枝幸町特定疾患患者等の援護に関する規則により、下記のとおり交通費の助成を受けたいので、別記様式等を添えて申請します。

記

対象者	住 所					
	氏 名		生年月日	年 月 日		
身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の有無		有 ・ 無	身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号：		
各種受給者証等		特定疾患医療受給者証・小児慢性特定疾患医療受診券 自立支援医療受給者証・その他（ ）				
		受給者番号：				
医療機関	住 所					
	名 称					
期 間 及 び 回 数		自 年 月 至 年 月	回(別紙「通院等証明書」のとおり)			
申 請 額		円				
振 込 希 望 先 金 融 機 関 名		銀行	本店	口座番号		
		信金	支店			
		農協	本所	口座名義人		
		漁協	支所			
備 考						
※支給決定欄	本人	～	往復・片道	円×通院等回数	回＝	円
	介護者	～	往復・片道	円×通院等回数	回＝	円
		宿泊費用	円×	通院等回数	回×	人＝
					支給決定額＝	円

※の欄は記入しないでください。

通 院 等 証 明 書

申請者が記載のこと	住 所																
	氏 名	年 月 日生( 歳)															
	付き添った保護者名(単独で 通院等が不可能である方)	年 月 日生( 歳)															
	所 在 地						羅 病 名										
	病 院 名																

上記の方は、当医療機関(療育機関)にて特定疾患等の治療を行ったことを証明します。

通            院	年 月分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月分		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日
	年 月 日 ~ 年 月 日

年 月 日

医療機関 所在地  
(療育機関) 名 称



※(申請する方へのお願い)

助成を受けられる期間は、上記証明欄中の治療期間の最終日の翌日から起算して1年間です。  
また、宿泊料を請求される場合は、領収書の添付が必要です。