様式第１号（第４条関係）

新島村島外医療機関受診に係る交通費等の助成申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

新島村長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　東京都新島村

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　新島村島外医療機関受診に係る交通費等の助成要綱第４条の規定に基づき、支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。なお、この申請のため、私の世帯の住民登録資料・税務資料その他について、公簿確認することを承諾いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　診　　者 | 　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　　　年　　月　　日） |
| 受　 診　 日 | 年　　月　　日　～　　 　年　　月　　日まで（　　日間） |
| 医 療 機 関 名 |  |
| 介　 助　 者 | 　有　・　無 | 氏名 |  |
| 介助者が必要な理由 | 対象者　15歳以上・75歳以上・疾病等による場合 |
| 宿　　　 泊 | 有　・　無　　　　 |
| 交 通 機 関 | 往路 | 年　　月　　日 |
| 復路 | 年　　月　　日 |
| 助成金受取方法 | 　　　口座振込　・　窓口払い　 |
| 振 込 み 先金 融 機 関 | 　　　　　銀行　　信組 | 店 | 1．普通2．当座 | 口座番号　　 |
| 口座名義（カタカナ）　 |
| 助 成 金 額 | 交通費　　　　　円・宿泊費　　　　　円　　合計　　　　　円 |
| 添 付 書 類 | 1．医療保険により、医療費の自己負担分を医療機関へ支払いをした領収書2．交通機関領収書　　3．宿泊施設領収書　　4．診断書 |
| （注意）1．申請窓口では、身分証明書（保険証・運転免許証等）を提示してください。　　　　2．領収書等は確認後、コピーを取りお返しします。 |

**公簿確認欄**　**※過年度分未納世帯は、対象外となります。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **住民確認** | **介護保険料** | **保険料** | **村税等** | **土地貸付料** | **上下水道料** | **村営施設** |
| 保険証・免許証ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰド・他 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用№ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |