宮古島市乳幼児聴覚診療等に係る渡航費等助成金交付申請書

次のとおり新生児聴覚診療等に係る渡航費用等助成金について申請します。
助成金の交付の決定に必要な場合は医療機関等に対して診療内容の照会をすることに同意します。

宮古島市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　年　　月　　日

受診者	フリガナ 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
受診医療機関名				
申請者 及び 保護者	フリガナ 氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	住　　所			
	電話番号	年　　月　　日	申請者との続柄	

年月日	空港名及び便名		渡航費用（円） A	助成限度額（円） B	申請額(円) AとBのうち少ない額	備考
	出発	到着				
	宿泊期間					宿泊施設
	年　月　日　～ 年　月　日　泊					
	年　月　日　～ 年　月　日　泊					
	年　月　日　～ 年　月　日　泊					

※今年度助成回数該当するもの全てに○　航空路助成　１回目　２回目　３回目
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　宿泊費助成　１回目　２回目　３回目

※助成限度額は航空費１回につき往復 13,000 円（片道 6,500 円）を上限とする。
宿泊費１回につき１泊8,000円を上限とする。航空路及び宿泊費それぞれ各年度３回までとする。

振込先	金融機関名		支 店 名	本店・支店
	預金種別	普通　・　当座　　　口座番号：		
	ふりがな 口座名義			

【添付書類】
① 搭乗証明書及び領収書。
② 医療機関等が発行した領収書及び支払い明細が確認できる書類。
③ 本市以外の医療施設等における診療等の必要性が確認できる書類。
④ 受診者の保護者の振込口座情報を証明する書類の写し。