

松山市島しょ部航路運賃助成金交付申請書

受付印

年 月 日

(宛先) 松山市長

住 所 (本人又は保護者) 松山市

氏 名 (本人又は保護者) _____

電 話 番 号 _____

患者氏名 (子どもの場合) _____ 乳幼児・小学生・中学生

患者生年月日 (本人又は子ども) _____ 年 月 日

島しょ部航路運賃助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、本申請に係る審査のため、担当職員による住民基本台帳及び福祉総合情報システムの確認並びに関係諸機関への照会に同意します。

申請金額	円
------	---

年 月分

回	受診日	医療機関名	医療機関の 領収書等	乗船証明等 (本人分)	乗船証明等 (保護者 分)	船賃 ※保護者同行は2名合計額
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
小計						円

年 月分

回	受診日	医療機関名	医療機関の 領収書等	乗船証明等 (本人分)	乗船証明等 (保護者 分)	船賃 ※保護者同行は2名合計額
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
小計						円

- 注1 助成対象者本人が死亡の場合は、別紙の念書欄に署名してください。
- 2 中学生以下の子どもの通院については、付添いの保護者1名を含めて月1回目から助成します。
- 3 表面で欄が不足した場合又はまとめて申請を希望する場合は裏面にご記入ください。
- 4 3月分以上まとめて申請を希望する場合は、助成金の支払が遅れる可能性がありますことをご了承ください。

(裏面)

年 月分

回	受診日	医療機関名	医療機関の 領収書等	乗船証明等 (本人分)	乗船証明等 (保護者 分)	船賃 ※保護者同行は2名合計額
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
小計						円

年 月分

回	受診日	医療機関名	医療機関の 領収書等	乗船証明等 (本人分)	乗船証明等 (保護者 分)	船賃 ※保護者同行は2名合計額
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
小計						円

年 月分

回	受診日	医療機関名	医療機関の 領収書等	乗船証明等 (本人分)	乗船証明等 (保護者 分)	船賃 ※保護者同行は2名合計額
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
小計						円

年 月分

回	受診日	医療機関名	医療機関の 領収書等	乗船証明等 (本人分)	乗船証明等 (保護者 分)	船賃 ※保護者同行は2名合計額
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
	日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円
小計						円