

利尻町難病者等通院交通費等助成申請書

令和 年 月 日

利尻町長 様

申請者 住所  
氏名 印

利尻町難病者等通院旅費助成要綱に規定により、次のとおり助成金の支給を申請します。なお、支給決定のために必要があるときは、私及び私と生計を一にする者の町税の滞納について利尻町長が確認することに同意します。

助成対象区分	1	特定疾患・指定難病 小児慢性特定疾患	公費負担医療受給者番号【 病名・疾患名【					
	2	先天性血液凝固因子障害	医療受給者証番号【					
	3	自立支援医療（人工透析）	自立支援医療費受給者【					
	4	その他の疾患（ ）	【					
対象者	フリガナ						性別	男・女
	氏名							
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢					
	手帳の有無	有（身障・精神）・無						
通院医療機関	病院名							
	所在地住所							
通院年月日	～	年 月 日	通院証明		別記様式第2号			
利用交通機関	フェリー・鉄道・都市間バス・航空機・自家用車							
宿泊の有無	有・無 宿泊した宿泊施設名 宿泊をした日 年 月 日 ・ 年 月 日							
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 漁協					本店・本所 支店・支所	
	種別	当座・普通	口座番号					
	口座名義	‘（フリガナ）						

町 記 入 欄	助成金	円	交通費計算区間【 駅 ⇔ 駅 ⇔ 駅】
			A B
			計 算 式 ( 円－ 円＋ 円)
			宿泊費合計 ( 泊 日 円)
			A 最も経済的な通常の経路により算出した額又は上限額の計
			B 他制度における割引及び助成金を受ける事ができる額の計 (10 円未満切り捨て)

#### 備考

- 1 「助成対象区分」欄には、該当項目番号に「○」を付し、受給している受給者番号を記載してください。
- 2 「手帳の有無」が有の場合は、手帳の写しを添付してください。
- 3 利用交通機関は利用した交通機関全てに「○」を付し、2機関以上利用の場合は「別記様式第3号」に詳細を記入し添付してください。(交通費の助成は利用交通機関の往復の実費の交通費の3分の2の額を助成します。ただし、フェリー運賃は全額助成とします。)
- 4 フェリーの島民乗用車割引制度によって、自動車航送運賃が定額(一律8,000円)の場合は、フェリー旅客運賃分と都市間バス運賃分として算定した額とする。
- 5 2回以上の通院をまとめて申請する場合は「別記様式第3号」に詳細を記入し添付してください。
- 6 宿泊費に係る助成を申請するときは、宿泊した施設の領収証等を添付してください。(宿泊費の助成は1泊10,000円を上限とし、その2分の1の額を助成します。ただし、宿泊費の助成期間は、受診前日、受診当日の2日を限度とし、食事代は含みません。)
- 7 難病者等通院旅費等の助成申請は、通院月の2か月以内に申請があったものをその翌月支給します。ただし、年度末月の助成申請は、翌月の4月末日までに申請手続きをしてください。