

八戸市小児慢性特定疾病通院費助成事業 助成金申請書

令和〇 年 〇 月 〇 日

(あて先) 八戸市長

申請者 住所 八戸市田向〇丁目〇一〇
氏名 八戸 花子
電話番号 090-1234-5678

下記のとおり、八戸市小児慢性特定疾病通院費助成事業の助成金交付について申請します。
また、この申請に伴う書類すべての記載事項について、相違ありません。

申請額 34,000 円

区分	往復1回あたりの単価 (片道の単価)	受診日	指定医療機関名	交通手段	回数	金額
A地域 青森市等	4,000円 (2,000円)			自家用車 高速バス 新幹線 その他	回	円
B地域 弘前市等、岩手県、 秋田県	6,000円 (3,000円)			自家用車 高速バス 新幹線 その他	回	円
C地域 宮城県、山形県、 福島県、北海道	10,000円 (5,000円)			自家用車 高速バス 新幹線 その他	回	円
D地域 上記A~C地域以外	17,000円 (8,500円)	R7.4/1, 10/1	東京〇〇病院	自家用車 高速バス 新幹線 その他	2回	34,000円
申請額					2回	34,000円

申請者の振込口座	金融機関 および 店名	〇〇 銀行・金庫・農協・組合 〇〇 店・支店・所							
	預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ()							
	店番	1	2	3					
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(右づめで記入してください)
	口座名義	フリガナ ハチノヘ ハナコ 八戸 花子							

【必要書類】

- 受診が確認できる書類の写し（受診者、受診日、医療機関が明記されたもの。指定医療機関の領収書、診療明細書など）
 八戸市小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
 自己負担上限額管理票の写し
 振込を希望する金融機関の口座が確認できる書類の写し（受給者証の保護者欄に記載のある者のもの）