

八戸市小児慢性特定疾病通院費助成事業 助成金申請書

年 月 日

(あて先) 八戸市長

申請者 住所
氏 名
電話番号

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 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)			自家用車 高速バス 新幹線 その他	回	円
申請額						回	円

申請者の 振込口座	金融機関 および 店 名	銀行・金庫・農協・組合						店・支店・所
	預金種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他 ()						
	店 番							
	口座番号							(右づめで記入してください)
	口座名義	フリガナ						

【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）

今年度 回分