

稚内市特定疾患助成申請書

稚内市長 様	年 月 日
申請者 住 所 氏 名 ㊟ 特定疾患患者との続柄（ ） 電話番号	
医師の指示により特定疾患治療のため旅行をしましたので、次のとおり助成金の支給を申請します。	

特定疾患患者	氏 名	年 月 日生		
住所及び氏名	住 所			
通院旅行期間	年 月 日～	年 月 日	宿泊料	有 ・ 無
通院旅行区間	から まで			
助成金申請額	円（交通費 円・宿泊料 円）			
※宿泊料について助成を申請するときは、領収書等の証明になる書類を添付すること。				
振 込 口 座	名義人	銀行・信用金庫	店	口座番号

医療機関証明	上記の特定疾患患者は、当医療機関にて特定疾患の治療を行ったことを証明します。 （ <input type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 入院外） 治療日 年 月 日 から 年 月 日 まで 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 ㊟
--------	---

〔医療機関証明についてお願い〕
 この申請書は、北海道が実施している特定疾患治療研究事業若しくは先天性血液凝固因子障害等治療研究事業による治療又は特定医療費の支給を受ける指定難病の治療のための旅行に要する費用の助成に必要です。 1回の旅行ごとに助成金が支給されますので、その都度証明してください。

※太枠内は記入しないでください。

決 定 欄

決 裁	課 長	G L	担 当	年 月 日 起案
				年 月 日 決定
<input type="checkbox"/> 決 定	助成額			備 考
<input type="checkbox"/> 却 下	円			

(裏)

関係公簿の閲覧同意書

今後、稚内市特定疾患助成申請に関し私の世帯員の所得状況の調査等が必要な場合は、関係公簿を閲覧することに同意します。
年 月 日
世帯主氏名 ④

※上記の同意書に記入した者は、以下の事項の記入は必要ありません。

※上記の同意書に記入の無いものは、所得証明書が必要です。

所得調査書

年 月 日

稚内市長 様

世帯主 住 所

氏 名

④

世帯の所得状況は、次のとおりです。

所得状況	対象者		配偶者		その他の世帯員		
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人 (人)		人 (人)		人 (人)		
前年分の所得額	円		円		円		
控除	雑損・医療費	円	円	円	円	円	
	社会保険料等	円	円	円	円	円	
	普通障害者の数	人	円	人	円	人	円
	特別障害者の数	人	円	人	円	人	円
	障・特障・老・寡婦・勤学の別	障・特障・老・寡婦・勤学	円	障・特障・老・寡婦・勤学	円	障・特障・老・寡婦・勤学	円
		円	円	円	円	円	円
その他の控除	円	円	円	円	円	円	
控除後の所得額	円		円		円		
所得限度額	円		円		円		
助成決定区分	決定・却下						

備考 前年分の所得額が判明しない場合は、これが判明するまでの期間は、前々年分の所得額によるものとする。

※ 太線の中は、記入しないでください。