

健康づくり課に
提出する日を記入する

赤○のところを全部記入する

年 月 日

稚内市長 様

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）			
<small>※宿泊料について助成を申請するときは、領収書等の証明となる書類を添付すること</small>				
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	㊟

この欄は病院に証明して
もらう

〔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
				上記の申請に基づき次のとおり決定する。
<input type="checkbox"/>	決 定	助成額		備 考
<input type="checkbox"/>	却 下	円		

