

様式第1号 (第7条関係)

飛驒市在宅障がい児者等通院等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住所
氏名
電話番号

関係書類を添えて下記のとおり飛驒市在宅障がい児者等通院等助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付が決定された場合は、当該決定額を請求します。

記

対象児者	氏名		生年月日		
	住所		手帳等	区分	身体・知的・精神・難病
	電話番号			番号	
通院等を要する診断名					
医療機関・療育機関		所在地： 名称： 診療科：			
請求額		円			
交通経路の概要		対象機関所在地	単価(①)	日数(②)	合計額(①×②)
		高山市(JR、バス等利用)	200円	日	円
		岐阜市	4,000円	日	円
		大垣市	5,000円	日	円
		富山県	1,000円	日	円
		愛知県	6,000円	日	円
		石川県	3,000円	日	円
		長野県	4,500円	日	円
		上記以外他県	8,000円	日	円
		※自宅以外の宿泊先等から対象機関へ通院、入院又は通所した場合は詳細を記入ください。 【通路詳細】			

口座	銀行	本店	種目	口座番号				
		支店	普通 当座					
	フリガナ							
	口座名義人							

受診等の状況

各サービスを利用した日に、チェック [O] してください。

受診を確認できる書類を添付できない場合は、医療機関の確認印が必要です。

年 月分

日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
確認										
日付	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
確認										
日付	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
確認										
日付	31	通院日数			医療機関確認欄					
確認		日								

年 月分

日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
確認										
日付	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
確認										
日付	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
確認										
日付	31	通院日数			医療機関確認欄					
確認		日								