

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

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話番号

標記助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

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：			
交通経路の概要		<p>1 下記の当てはまる番号に丸をしてください。</p> <p>(1)対象機関の所在が岐阜県高山市で公共交通機関（JR、バス等）を利用した場合</p> <p>(2)対象機関の所在が岐阜県岐阜市</p> <p>(3)対象機関の所在が岐阜県大垣市</p> <p>(4)対象機関の所在が富山県</p> <p>(5)対象機関の所在が愛知県</p> <p>(6)対象機関の所在が石川県</p> <p>(7)対象機関の所在が長野県</p> <p>(8)対象機関の所在が上記以外の他県</p> <p>2 下記の当てはまるものがある場合は番号に丸をしてください。</p> <p>自宅以外の宿泊先から対象機関へ通院、入院又は通所した。</p> <p>【通路詳細】</p>			
備考		※定期運賃で公共交通機関等を利用されている場合はその旨を記載ください。			

※虚偽の申請をした場合は、全額返金又は一部返金をする場合があります。

飛驒市在宅障がい児者等通院等助成金は、下記の口座に振り込んでください。

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 [○] 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								