

様式第1号 (第5条関係)

宮古島市重度障害者(児)等の渡航費等助成金交付申請書

宮古島市長 様 以下の通り申請します。

年 月 日

助成金の種類 : 航空運賃及び宿泊費 ストレッチャー及び酸素ボンベ使用料

フリガナ		性別	生年月日	
受診者 及び (申請者)		男 女	年 月 日	
住所	〒906- 宮古島市		連絡先	
代理人氏名 ※受診者以外が申請する場合に記載して下さい		代理人住所 連絡先		
付添人氏名 ※付添人がいる場合記入	フリガナ 氏名	続柄		
	氏名	付添人住所	宮古島市	

今回申請の航空路線					太枠内職員記載欄	
年 月 日	航空会社及び便名	出発空港	到着空港	支払額	決定額	備考欄
宿泊施設 の名称		宿泊期間	(泊) 月 日 ~ 月 日			
支払い決定額 合計						

振込先口座	銀行・組合・金庫・農協		支店・本店	
	店番		フリガナ	
	口座番号		名義人	

(注)この申請書は、宮古島市重度障害者(児)等の渡航費等助成金交付要綱第3条に規定する方で、本市以外の医療機関での通院治療等が必要と主治医が認めた方にのみ使用されるものです。

(注)添付書類:①搭乗証明書及び航空運賃の領収書 ②1泊ごとの金額が記載された宿泊施設の領収書及び明細書③航空機内で使用したストレッチャー及び酸素ボンベの使用料の領収証

④受診した医療機関の領収書等の写し⑤障害者手帳の写し ⑥振込先口座の通帳の写し

⑦宮古島市以外での治療等通院の必要性及び付添人がいる場合は、付添人が必要であることを医師が証明している書類⑧付添人がいる場合は、付添人の必要性を証明する書類

※助成額の内容は次のとおりとし、年度内に各6回までとする。

航空券は1回1往復 13,000 円(片道 6,500 円)を上限とする額。

宿泊費は1回1泊 8,000 円を上限とし、1回につき通院の必要に応じて最大3泊までとする。

ストレッチャー及び酸素ボンベ使用料全額

支給決定日 年 月 日