

様式第1号（第6条関係）

宇和島市離島地区特定診療通院費補助金交付申請書

年 月 日

宇和島市長 様

申請者住所 宇和島市

申請者氏名

受診者氏名（受診者が小学生以下の場合に記入）

生年月日 年 月 日

宇和島市離島地区特定診療通院費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

補助金申請額	円
--------	---

内 訳 年度分

受診日	医療機関名	補助対象船賃等 ※保護者又は介 助者同行は2 名合計額	市確認欄 (回)
年 月 日		円	回
年 月 日		円	回
年 月 日		円	回
年 月 日		円	回
年 月 日		円	回
		合計	円

【添付書類】 医療機関が発行した領収書又は診療明細書、船賃の領収書等

医療機関証明欄（領収書又は診療明細書が添付できない場合）				
患者氏名	診療	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年月日	年 月 日	年 月 日	
上記のとおり証明します。				
年 月 日		医療機関名	所在地	
			名称	印