

様式第1号（第5条関係）

もとぶ子ども圏域外治療支援申請書兼同意請求書

申請日 年 月 日

本部町長 殿

小児慢性特定疾病等の通院・入院にかかる交通費および療養費に対して、関係書類を添えて次の通り費用の助成を申請します。

児童等			
ふりがな 名 前		生年月日 性別	年 月 日生 男 ・ 女
住 所			
受診医療機関			
申請者			
ふりがな 名 前		生年月日	年 月 日生
住 所	<input type="checkbox"/> 児童等と同じ 電話：	対象児との続柄	父 ・ 母 その他 ()

【 振込先 】

金融機関名	銀行・組合 公庫・農協	支店 本店	預金 種別	1 普通	2 当座
口座名義 カタカナ		口座 番号			

以下について説明を受け、同意いたします。

- ・ 通院・入院の確認に際して本部町が子ども医療費助成の履歴等をもって受療日の確認を行います。
- ・ 受療日や付き添い看護の実態について、本部町が医療機関へ照会を行う場合があります。
- ・ 申請の内容に虚偽や不正が確認された場合は、給付の返還に応じます。

署 名： _____