

福島市小児慢性特定疾病児童世帯交通費助成申請書

申請日 年 月 日

福島市長 様

申請者住所 〒

申請者氏名

〔受診者との続柄： 〕

下記のとおり、小児慢性特定疾病の治療または検査のために小児慢性特定疾病医療受給者証に記載のある福島県外の指定医療機関を受診したので、必要書類を添えて交通費の助成を申請します。
算定にあたり必要があるときは、小児慢性特定疾病の通院において利用した公共交通機関や医療機関までの経路、医療機関等の受診の有無について等、福島市が調査を行うことに同意します。

ふりがな		小慢医療受給者番号							
受診者氏名		生年月日		年 月 日					
【1回目】利用年月日		年 月 日		利用交通機関		公共交通機関 ・ 自家用車			
受診医療機関名				受診医療機関 所在都道府県					
【2回目】利用年月日		年 月 日		利用交通機関		公共交通機関 ・ 自家用車			
受診医療機関名				受診医療機関 所在都道府県					
【3回目】利用年月日		年 月 日		利用交通機関		公共交通機関 ・ 自家用車			
受診医療機関名				受診医療機関 所在都道府県					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		支店名 店 所		預金種別		1 普通 2 当座	
	口座名義 カタカナ			口座番号					

- 添付書類 ①小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
②受診のために公共交通機関を利用した場合：領収書
③受診日等が確認できる県外医療機関を受診した際の領収書、又は自己負担額上限額管理表(受給者証)の写し
④口座振込のための通帳等の写し(申請者のもの)

福島市使用欄
申請者の本人確認 ☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐その他()