

## 福島市小児慢性特定疾病児童世帯交通費助成申請書

市担当者受理印

申請日 令和 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： 父 ・ 母 ・ その他（ ）〕

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。

なお、交付決定後は当該助成金を下記の口座に振り込んでください。

太枠内を記入してください。 ※欄は記載不要です。

|            |          |              |       |        |        |        |   |      |  |
|------------|----------|--------------|-------|--------|--------|--------|---|------|--|
| ふりがな       |          | 受給者番号        |       |        |        |        |   |      |  |
| 受診者氏名      |          | 生年月日         | 平成・令和 | 年      | 月      | 日      |   |      |  |
| 【1回目】利用年月日 | 令和       | 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 | 令和       | 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 | 令和       | 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        |       | 店      | 預金種別   | 1 普通   |   |      |  |
|            |          | 組合 農協        |       | 所      |        | 2 当座   |   |      |  |
|            | 口座名義カタカナ | ※金融機関コード     |       | ※店名コード | 口座番号   |        |   |      |  |

## 添付書類

- 県外医療機関受診のために公共交通機関を利用した際の領収書
- 受診日等が確認できる自己負担額上限管理表(受給者証)または外医療機関を受診した際の領収書写し
- 口座振込のための通帳等の写し(申請者のもの)
- 申請者の本人確認ができるもの  
〔本人確認書類:□マイナンバーカード □運転免許証 □健康保険証 □年金手帳 □その他( )〕

## 注意事項

- 消えるペンや鉛筆、修正液や砂消し等は使用できません。