

多良間村難病等に係る航空運賃助成申請書(指定難病・特定疾患・小児慢性特定疾患用)

多良間村長 殿

令和 年 月 日

住所 多良間村字

申請者名

印

(本人との続柄:)

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	大・昭・平	年 月 日
				満 歳
住所	〒906- 多良間村字	連絡先	自宅 携帯	
同行者氏名(同行者がいる場合記入)		続柄	同行者住所	
フリガナ			多良間村字	
氏名				
保護者氏名(患者が20歳未満の場合に記入)		続柄	保護者住所(患者と住所が異なる場合)	
フリガナ			多良間村字	
氏名				
今回申請の航空路線				
年月日	使用航空会社及び便名	出発空港名	到着空港名	備考

(注)この申請書は、国、県において実施されている指定難病、特定疾患治療研究事業または小児慢性特定疾患治療研究事業で、沖縄県知事の発行する受給者証野交付を受けている方のみを使用されるものです。

(注)添付書類 ①主治医意見書 ② 受給者証の写し ③航空券の控え
④受給者証に記載された医療機関の領収書の写し ⑤振込通帳の写し

※ 申請書の受付窓口は、多良間村住民福祉課です。

多良間村字仲筋99-2
電話 0980-79-2623