

多良間村難病等に係る航空運賃助成申請書(悪性新生物疾患用)

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、悪性新生物疾患に罹患している方で、多良間村以外の医療機関での通院治療が必要と主治医が認めた方のみに使用されるものです。

(注)添付書類 ①主治医意見書 ②航空券の控え  
③受診した医療機関の領収書の写し ④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