

鳥取市小児慢性特定疾病交通費助成金交付申請書兼請求書

令和4年 〇 月 〇 日

鳥取市長 様

〒 680 - 0847

申請者住所 鳥取市富安二丁目138-4

申請者氏名 鳥取 太郎

印

(自署の場合は押印省略可)

受診者との続柄 父

最寄り駅 鳥取

電話番号 090-1111-2222

※1回ずつ申請、まとめて申請いずれも可能です。1回目をすでに申請済の場合で、次に申請する時は「2回目」の欄に記載ください。※申請期限にご注意ください。

標記助成金について、下記のとおり、小児慢性特定疾病の治療のために小児慢性特定疾病医療受給者証に記載のある鳥取県外の指定医療機関を受診したので、鳥取市補助金等交付規則の規定により下記のとおり申請します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

1回目(例)

自家用車で関西の医療機関を受診

2回目(例)

JRで四国の医療機関を受診

患儿が小学生 記

太枠内を記入してください。

Application form table with columns for patient name, birth date, medical institution, location, and transportation details. Includes a blue box with instructions for medical institution codes and a note about amount corrections.

\*振込先の口座名義人は、必ず申請者氏名と一致させてください。

Table for recording insurance information, including date of decision and amount.

(裏面もご確認ください)