

宮古島市難病患者等に係る渡航費等助成申請書

宮古島市長 様

年 月 日

☐悪性新生物(がん治療)

住 所 : 宮古島市

☐指定難病 ☐特定疾患 ☐小児慢性☐難治性てんかん ☐未熟児

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・令 年 月 日 (満 歳)	
住所	〒906－ 宮古島市 ☐ 申請者と同じ		電話番号	自宅 携帯
付添人氏名(付添人がいる場合記入)		付添人住所		
フリガナ	宮古島市			
氏 名	☐ 申請者と同じ			
今回申請の航路又は航空路線				
年 月 日	航路名・航空会社 及び便名	出発港・空港名	到着港・空港名	備考
		宮古・那覇()	宮古・那覇()	
		宮古・那覇()	宮古・那覇()	
		宮古・那覇()	宮古・那覇()	
		宮古・那覇()	宮古・那覇()	
		宮古・那覇()	宮古・那覇()	
		宮古・那覇()	宮古・那覇()	
宿泊施設の名称		宿泊期間		
		年 月 日 ~ 年 月 日 泊		
		年 月 日 ~ 年 月 日 泊		
		年 月 日 ~ 年 月 日 泊		
		年 月 日 ~ 年 月 日 泊		

※申請受付窓口は、宮古島市健康増進課です。 TEL (0980) 73-1978