

宮古島市不妊治療等に係る渡航費等助成申請書

宮古島市長 様

年 月 日

住 所 : 宮古島市

☐ 生殖補助医療 ☐ 一般不妊治療☐ 妊産婦健診 ☐ 出産

申請者名:

印

☐ 不育治療・検査

本人との続柄 ()

氏 名		生 年 月 日		
フリガナ 夫		昭和・平成	年 月 日 (歳)	
フリガナ 妻		昭和・平成	年 月 日 (歳)	
住 所			電 話 番 号	
〒906 - 宮古島市			自宅 携帯	
☐ 申請者と同じ				
付 添 人 氏 名		住 所		
		〒906 - 宮古島市		
☐ 申請者と同じ				
● 今回申請の航路又は航空路線				
期 間	航空会社等及び便名	出発地	到着地	備考
年 月 日		宮古・那覇・ ()	宮古・那覇・ ()	
年 月 日		宮古・那覇・ ()	宮古・那覇・ ()	
年 月 日		宮古・那覇・ ()	宮古・那覇・ ()	
年 月 日		宮古・那覇・ ()	宮古・那覇・ ()	
年 月 日		宮古・那覇・ ()	宮古・那覇・ ()	
年 月 日		宮古・那覇・ ()	宮古・那覇・ ()	
● 今回申請の宿泊				
宿泊先の名称		宿泊期間		備考
		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)