別記第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

八丈町長　殿

**島外医療機関通院交通費補助金交付申請書兼請求書**

　八丈町島外医療機関通院交通費補助金について、下記の必要書類を添付し、申請します。

■申請者　　　　　　　　　　　　　　　印　　　■電話

■住所　東京都八丈島八丈町　三根･大賀郷･樫立･中之郷･末吉　　　　　番地

**１．補助金対象者となる患者氏名・住所**（該当する項目に☑）

　□申請者と同じ

□申請者以外（氏名）　　　　　　　　　　　　 （申請者との続柄）

　（住所）東京都八丈島八丈町　三根･大賀郷･樫立･中之郷･末吉　　　　番地

**２．補助金対象者該当区分**（該当する項目に☑）

□　島内医師が認めた者（証明書提出）

□　東京都難病医療費制度受給者及び、小児慢性疾患医療費助成受給者

□　身体・知的・精神の障害者手帳、自立支援医療受給者証（精神）認定者

□　その他、町長が特に必要と認めたもの

**３．付添人の氏名・住所・付添い要因**（該当する項目に☑）

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との続柄）

　（住所）東京都八丈島八丈町　三根･大賀郷･樫立･中之郷･末吉　　　　番地

　（付添い要因）□　小中学生及び乳幼児

　　　　　　　　□　身体障害者手帳の種別第１種（内部障害を除く）所持者

　　　　　　　　□　愛の手帳１、２度所持者

　　　　　　　　□　精神障害者手帳１級所持者

　　　　　　　　□　要介護３～５認定者

**４．受診した医療機関・所在地市区町村**（該当する項目に☑）

　□別紙の領収書等写しのとおり　　　　□下の欄のとおり

　　　（医療機関名)

（所　在　地）

**５．添付書類**

医療券・手帳の写し、または証明書（別記第２号様式）とその領収書、

受診した島外医療機関等の領収書等、渡航費領収書等、搭乗日を確認できる書類、

付添人要因を確認できる書類

裏面に続く

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面あり

**６．受診日または入院期間**

　　　令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日　まで

|  |
| --- |
| ※１回の上京で複数回受診した場合、受診日の間隔は７日間以内が補助対象です。〔受診間隔が対象期間を超えた場合は理由を記入してください〕 |

**７．交通費（一人片道の申請上限額は14,250円です。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 往　路 | 月　　　日　　利用便（　　　　　　　　　　　） |
| 補助金対象者分 | 　費用　　　　　　　　円 |
| 付添人分 | 　費用　　　　　　　　円 |
| 復　路 | 　　　　月　　　日　　利用便（　　　　　　　　　　　） |
| 補助金対象者分 | 　費用　　　　　　　　円 |
| 付添人分 | 　費用　　　　　　　　円 |

|  |
| --- |
| ※交通費は、受診日前２日・最終の受診日後２日の範囲内が補助対象期間です。〔対象期間を超えた場合は理由を記入してください〕 |

**８．対象旅費の確認**

申請する交通費は、業務等により旅費が支給されるものではありません。**□**

**９．医師証明書の文書料**

|  |  |
| --- | --- |
| 島内医師証明書を受けた者（年度内2回まで） | 費用　　　　　　　　円 |

**１０．補助対象額**　　　　　　　　　　　　　　　**合計金額　　　　　　　　　　　円**

※交付金額は、合計金額の1/2相当額（1円未満切り捨て）となります。

**１１．振込先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |
| 口座名義人（カタカナ書き） |  |

※振込先は、補助金対象者本人もしくは対象者が高校生以下である場合、申請者欄

に記載した保護者名義口座としてください。

チェック

【八丈町記入】　本申請書による支給金額　　　　　　　　　円