

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・檜立・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・檜立・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・檜立・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

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

チェック

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。