

池田町長 様

申込者 住 所 池田町  
氏 名  
電話番号

入通院交通費助成対象者申込書

池田町小児慢性特定疾病児入通院交通費助成金交付要綱第5条第1項の規定による対象者として登録されたく、関係書類を添えて、次のとおり申し込みます。

申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名		電話番号	
受診者 (児童)	フリガナ		生年月日	年 月 日生
	氏名		申請者との 続柄	
住 所	池田町			
小児慢性特定疾病医療受給者証番号 (もしくは小児慢性特定疾病名)				
医療機関	名 称			
	住 所			
入通院 予定期間	年 月 日 から 年 月 日			
入通院 予定日数	1か月 日			
自宅から 医療機関ま での交通費	行程(有料道路 IC・駅等を記載)		有料道路等料金(片道の費用)	
	～		円	
	～		円	
	～		円	
		合 計		円
<p>【同意事項及び誓約事項】(チェック欄□に「✓」を入れてください。)</p> <p><input type="checkbox"/>入通院年月日や診療内容等を確認するため、池田町が医療機関に問い合わせること及び医療機関が池田町に回答することについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/>小児慢性特定疾病医療費の受給資格を確認するため、池田町が受給者証を発行機関に問い合わせること及び発行機関が池田町に回答することについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/>私は、助成金を申請した入通院の際の交通費に関して、他の行政機関や団体からの助成を受けていません。</p>				

添付書類:小児慢性特定疾病医療受給者証の写し(取得見込の場合は、小児慢性特定疾病の診断名が記載された医師の診断書等)