

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

申請者名

(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	<input type="checkbox"/> 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)		続柄	付添人住所	
フリガナ			宮古島市	
氏名			<input type="checkbox"/> 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