

【市記入欄】 審査決定額	:	円
--------------	---	---

高崎市新生児難病検査通院費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 高崎市長

高崎市新生児難病検査等助成（通院費助成）について、必要書類を添えて、次のとおり申請します。
 算定にあたり必要があるときは、通院において利用した公共交通機関や医療機関までの経路、医療機関等の受診の有無について高崎市が調査を行うことに同意します。

1 受診者

フリガナ 受診者氏名		生年月日	(歳)
---------------	--	------	------

2 申請者

フリガナ 氏 名		生年 月日	(歳)	受診者との 続柄	父・母・ その他 ()
現住所	〒 電話： メール：				

3 申請者が口座名義人ではない場合（□内に✓チェックを記入）

□下記の者に新生児難病検査助成金受領の権限を委任します。

フリガナ 氏 名		生年月日	(歳)
現住所	〒 電話：		

4 振込先

金融機関名		支店名		店番号	
口座種別	普通・当座・	口座番号			
フリガナ 口座名義人		続 柄			

5 受診日、医療機関、利用交通機関等（※欄は記載不要です。）

【1回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等（該当するものに○）		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他（ ）		金額※
医療機関名			行き	
	通院日確認欄 ※			
所在地			帰り	
	距離 ※	km		

【2回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等（該当するものに○）		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他（ ）		金額※
医療機関名			行き	
	通院日確認欄 ※			
所在地			帰り	
	距離 ※	km		

【3回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等（該当するものに○）		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他（ ）		金額※
医療機関名			行き	
	通院日確認欄 ※			
所在地			帰り	
	距離 ※	km		

【4回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等（該当するものに○）		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他（ ）		金額※
医療機関名			行き	
	通院日確認欄 ※			
所在地			帰り	
	距離 ※	km		

領収書貼付欄

--

(注意事項)

- 1 公共交通機関を利用する場合は、患者（受診者）本人及び付き添いの保護者1名分の交通費の助成となります。
- 2 ※欄は記載不要です。
- 3 利用交通機関等欄は、該当するもの全てを○で囲んでください。
- 4 2回目以降の通院先、利用交通機関等が同じときは、受診日以下の記載は「1回目に同じ」等省略可能です。
- 5 医療機関の領収書・明細書等、受診したことが確認できる書類の写しを添付してください。
- 6 タクシー代、駐車場代等を申請する場合は、領収書を添付してください。公共交通機関、高速道路料金等利用区間により確認が可能なものは領収書の添付は不要です。
- 7 障害者手帳による障害者福祉制度等、他制度による交通費の支給を受けている場合は、障害者手帳の写しを添付してください。