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

（R8.9.1 版）

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 14,380 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。

【八丈町記入】　本申請書による支給金額　　円