

静岡県小児患者世帯交通費等支援金申請書兼請求書

年 月 日

静岡県知事 様

静岡県小児患者世帯交通費等支援金の交付を受けたいので、静岡県小児患者世帯交通費等支援金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

申請者 (保護者)	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名		電話番号	
	住所			
受診者 (子ども)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
受診者住所				
区分 (該当するものに☑)		受給者番号	受給者証 (利用承認決定通知書) の有効期間	
<input type="checkbox"/>	ア (小児慢性特定疾病患者)			
<input type="checkbox"/>	イ (指定難病患者)			
<input type="checkbox"/>	ウ (医療的ケア児)			
【同意事項及び誓約事項】 (チェック欄 (□) に「レ」を入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 入院年月日や診療内容等を確認するため、県が医療機関に問い合わせること及び医療機関が県に回答することについて同意します。				
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費又は特定医療費 (指定難病) の受給資格を確認するため、県が受給者証発行機関に問い合わせること及び発行機関が県に回答することについて同意します。				
<input type="checkbox"/> 私は、支援金を申請した入院の際の交通費及び宿泊費に関して、他の行政機関や団体からの助成を受けていません。				

交付申請・請求額 円

請求者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	口座振込	金融機関名	銀行・信金 農協・労金	本店 支店
預金種別		普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (かかけで記入してください。)			

(注) 本申請書兼請求書は、申請書として受理した後、内容を確認し、交付決定した時点で請求書として受理するものとする。

県記入欄	交付決定日	交付決定額
	年 月 日	円