

(第1号様式)

三宅村がん対策推進事業助成金支給申請書兼請求書

三宅村がん対策推進事業助成金の交付を受けたいので、三宅村がん対策推進事業実施要綱第6条の規定により申請（請求）します。

患者氏名		生年月日	年 月 日
住所	東京都三宅島三宅村		
申請内容			
介助者氏名		付き添いが 必要な理由	1. 障害者手帳3級以上所有 2. 18歳未満の保護者 3. 要介護3相当
通院した日	年 月 日	通院した 医療機関名	

【交通費】

事務受付記入欄

区間	移動手段	費用	乗船日・搭乗日	交通費助成額
三宅島⇒東京	船・飛行機・ヘリ	円	年 月 日	円
東京⇒三宅島	船・飛行機・ヘリ	円	年 月 日	円

※1人当たり往復19,520円を上限とする。介助者がいる場合は介助者1名分も対象とする。

※通院した日の前後7日間の船便、航空便、ヘリ便の利用料を対象とする。

【宿泊費】

事務受付記入欄

宿泊日	費用	宿泊費助成額
年 月 日	円	円

※1人当たり6,100円を上限とする。介助者がいる場合は介助者1名分も対象とする。

※通院した日の前日もしくは当日のいずれかの宿泊費を対象とする。

助成金の 振込先	金融機関	銀行・信用組合 信用金庫・農協		支店・支所 出張所
	預金種目	当座・普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
上記のとおりがん対策推進事業助成金を請求します。				
年 月 日				
住 所 三宅村				
氏 名				
電話番号				
三宅村長 殿				
印				

(申請に必要な添付書類)

- がん検査、治療で通院したことを証する書類（医療機関の領収書等。）
 - 交通費の領収書（レシート不可。コピー不可。利用日のわかるもの。）
 - 宿泊費の領収書（レシート不可。コピー不可。利用日のわかるもの。）
 - 振込先の金融機関口座のわかるもの（通帳のコピー等。初回のみ。）
 - 身体障害者手帳1～3級（※介助者がいる場合のみ。）
 - がんに対する治療であることがわかるもの。
- ※介助者がいる場合は介助者分も必要。
※介助者がいる場合は介助者分も必要。