第１号様式（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

　唐津市長　様

申請者　住所　唐津市

氏名

(電話番号　　　―　　　　　)

離島特定診療通院費補助金交付申請書

　唐津市離島特定診療通院費補助金の交付を受けたいので、唐津市離島特定診療通院費補助金交付要綱第５条第１項の規定により、次のとおり申請します。

〔申請者記入欄〕

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　　　　　　 |
| 　未就学児・小学生・中学生及び高校生・大人 |
| 患者との続柄 | 　 |
| 診療を受けた医療機関 | 機関名 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 診療科目 | 　 |
| 診療(通院)回数 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 計 |
| 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |

〔医療機関証明欄〕

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 　 |
| 診療科目 | 　 |
| 診療(通院)回数 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 計 |
| 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 | 回 |
| 　上記のとおり、当院へ通院したことを証明します。　　　　　年　　月　　日医療機関名　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |