

高度医療機器使用患者レスパイト入院費用補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 枚方市長

次のとおり、枚方市補助金等交付規則第 5 条第 1 項に基づき、関係書類を添えて、補助金の交付を申請します。

申請者	フリガナ			電話番号				
	氏名							
	住所	〒 573 - 枚方市						
患者	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和			
	氏名				年 月 日生			
	医療機器 いずれかに☑	<input type="checkbox"/> 気管切開を伴う人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 鼻マスクによる人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 ()						
	住所	申請者と同住所の場合は記入不要 〒 573 - 枚方市						
	受給者証をお持ちの方 (該当のない場合は、記載不要)							
	種別 いずれかに○	指定難病 ・ 小児慢性 ・ 特定疾患			受給者番号			
申請金額	円 ※別紙 1 の (C) の額							
過去の助成状況 いずれかに☑	今年度中に高度医療機器使用患者レスパイト入院費用に対する補助金交付を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない							
振込先	金融機関名				支店名			
	口座種別・番号	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義人 ※申請者の口座							

【同意】

補助金交付要件 (住所) の審査のため、患者の住民基本台帳の閲覧及び必要に応じ医療機関等への問合せを担当課において行うことに同意します。申請者 _____

【添付書類】

- ① 別紙 1
- ② 医療機関等からの領収書・請求内訳書 (写し)
- ③ 上記同意がない場合は住民票の写しなど患者の住所を確認できる書類
- ④ 振込先を確認できる書類

