

豊橋市小中学校施設等緊急搬送時選定療養費助成金交付申請書（実績報告書）兼請求書

年 月 日

豊橋市長 様

申請者（保護者） (〒 -)
住所 _____
氏名 _____
電話番号 () - _____

小中学校施設等での傷病等による救急搬送時の選定療養費の助成を受けたいので、豊橋市小中学校施設等緊急搬送時選定療養費助成要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、助成金の支給に必要な情報を市が調査することについて差し支えありません。

また、本件申請につき交付決定がされたときは、同決定日をもって助成金の交付を請求します。

施設名			
児童生徒名	生年月日	年 月 日	
救急搬送先 医療機関名	救急搬送 年月日	年 月 日	
助成申請（請求）額※1	円		
添付書類	申請の際、以下の書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 施設が発行した証明書（様式第2） <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書及び診療明細書の原本 ※領収書に選定療養費の記載がある場合は、診療明細書は不要		

※1 医療機関が発行した領収書又は診療明細書に記載の「選定療養費」の額を記入してください。

※ 領収書原本の返却が必要な場合は、以下に✓を入れてください。

医療費の償還手続き等に領収書（及び診療明細書）原本が必要となりますので、原本を返却してください。

裏面の「助成金振込先口座」についても記入してください。

【助成金振込先口座】

金融機関名	銀行・相互銀行 信用金庫・信用組合 農業協同組合 ゆうちょ銀行 (○で囲ってください)							本店 ・ 支店
預金の種類	普通・当座							
口座番号 左詰めで記入→								
口座名義人	(フリガナ)							
	氏名							

上記項目の内容が分かる通帳の写し、
又はキャッシュカードの写しを貼り付けてください。