

鳥取県小児慢性特定疾病児童等長期入院時付添支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

総合事務所長 様

〒 _____

申請者住所.....

申請者氏名.....

受診者との関係.....

電話番号.....

鳥取県小児慢性特定疾病児童等長期入院時付添支援事業助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請するとともに、交付の決定があった場合は、交付の決定があった額を請求します。

また、助成の適正を判断するために必要な場合は、県から医療機関に入院の期間及び付き添いのために病院に宿泊したことについて照会を行うことについて同意します。

記

太枠内を記入してください。

ふりがな		()		生年月日	年 月 日
1 受診者氏名				受給者番号	() 歳
2 交付申請額		円			
振込先(*)	金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所	
	口座種別	1 普通 2 当座	(フリガナ) 口座名義人	()	
	口座番号				(左詰記入)

*振込先の口座名義人は、必ず申請者氏名と一致させてください。

【添付書類】

- 1 病院に宿泊する際の寝具レンタル代に係る領収書
- 2 入院した児童の小児慢性特定疾病医療費医療受給者証及び自己負担上限額管理票の写し

(裏面)

太枠内を記入してください。

1 付き添い者等 (※1)	氏名		受診者との 関係	
	住所	〒		
	付き添いした 医療機関名			
	受診者の 入院期間	年 月 日	～	年 月 日
	病院に宿泊した 日数 (※2)	日		
2 助成対象経費	食事代その他付 き添いに必要と なる費用	(病院に宿泊した日数) × 1,000円 _____日 × 1,000円/日 (※2) = _____円 ①		
	寝具レンタル代		_____円 ②	
	計		_____円 ①+②	
3 交付申請額	①+(②×1/2) (千円未満切捨て)		_____円	

※1 交代で付き添いを行った場合等、複数名が付き添いを行った場合は、代表者を記載してください。

※2 保護者が付き添った実日数を記載してください。交代等で複数名が付き添った場合は、宿泊した合計日数を記載してください。(2名以上が同日に宿泊した場合も、1日として算定します。)

【医療機関記入欄 (医療機関に記載してもらうこと)】※

※ ただし、「付き添いを証明する書類等」を添付する場合は記入不要とする。

上記の者については、入院する児童の付き添いを行うため、当院に宿泊していたことを証明します。

年 月 日

医療機関の住所

名称

医療機関 確認者氏名