

様式第1号(第4条関係)

久米島町小児歯科治療等に係る渡航費助成金申請書				
久米島町長 様			年 月 日	
住所 久米島町字				
申請者名				
(本人との続柄：)				
フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男 女	年 月 日 (満 歳)	
住所	久米島町字		連絡先	自宅 携帯
		※上記と異なる場合、記入		
保護者氏名		続柄		
フリガナ				
氏名				
治療中の医療機関				
名称				
住所				
電話番号				
口座振込	銀行 金庫		本店	
	農協 組合		支店	
	店番号		フリガナ	
	口座番号		名義人	

(注)この申請書は、初回申請時に提出していただきます。

(注)治療中の医療機関の変更がある場合は、お知らせください。

(注)口座振込の写しを添付してください。

小児歯科渡航費助成 初回申請時 確認すること

① 島内医院の受診を選択することなく、初めから島外の歯科医院に通院している。	はい・いいえ
② 仲里歯科医院の通院歴がある。	はい・いいえ
「はい」の場合→仲里歯科医院閉院に伴い、島外の医院を受診	はい・いいえ
「はい」の場合→治療方針の違いや島外医院の受診をすすめられた	はい・いいえ
③ 具志川歯科医院の通院歴がある。	はい・いいえ
「はい」の場合→治療方針の違いや島外医院の受診をすすめられた	はい・いいえ
「いいえ」の場合→予約をとろうとしたが、予定が合わなかった	はい・いいえ
【歯の治療状況について】	
※今回、通院されている病院の受診経緯や現在の歯の状況など記入をお願いします。	