様式第１号

福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金交付申請書兼請求書

受付印

年　　月　　日

申請者
（住所）
（名前）　　印
（生年月日）
（患者との続柄）
（電話）

福山市長　様

福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金の交付を受けたいので，福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金交付要綱の内容を承諾の上，同要綱第６条の規定により，関係書類を添えて次のとおり申請します。
また，経路については別添１のとおりです。
なお，補助金交付に係る審査に関して，歯科診療を行った医療機関へ照会することについて同意します。

患者及び付添者			受付者		受付番号	No.
□申請者に同じ 患者	フリガナ		住所	福山市 電話番号（　　－　　－　　）		
	名前					
	生年月日	年　月　日	居所	□住所に同じ		
□申請者に同じ 付添者	フリガナ		住所	□患者に同じ 電話番号（　　－　　－　　）		
	名前					
	患者との関係を記載してください　例）入所施設の職員など （記載欄）		居所	□住所に同じ		

振込先	金融機関コード				支店コード			口座番号							
□新規 □変更	銀　行 農　協 信用金庫 信用組合				支　店 支　所 出張所 （　　）			普通預金	名義	※カタカナで記入してください。					

□前回の振込先と同じ　　※振込先に変更が無い場合は、口座番号等記入の必要はありません。

■　**添付書類**　この交付申請書兼請求書には，次の書類を添えて提出してください。
①交通機関及び経路内訳書　様式第１号　別添１
②障がい者手帳（身体障がい者手帳･療育手帳･精神障がい者保健福祉手帳）の写
③診療明細書
④交通機関の利用及び料金を証するもの
⑤麻酔等を用いた治療のための事前通院日について申請する場合は、「申立書」（様式第１号別添２）
⑥申請者が指定する振込先の口座番号が記載された預金通帳等の写し　※初回申請時又は振込先を変更する場合のみ提出
（「金融機関名」「開設店名」，「口座番号」及び「口座名義人（カナ）」が記載されたページ）
⑦支払相手方登録依頼書　※初回申請時又は振込先を変更する場合のみ提出
⑧相続人の代表者に関する届　※患者が亡くなり相続人が請求する場合のみ提出
⑨登記事項証明書　※成年後見人等が請求する場合のみ提出

■　**提出先**

〒７２０－８５１２
福山市三吉町南二丁目１１番２２号（福山すこやかセンター５階）　福山市保健福祉局保健部総務課

■　**提出期限　通院した日が属する年度の末日まで（３月分については翌月末日まで）**に申請してください。

様式第１号

記入例

福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金交付申請書兼請求書

２０２４年１２月１６日

申請者
（住所）福山市東桜町３－５
（名前）福山　太郎　　㊞
（生年月日）１９９０年１月１日
（患者との続柄）　本人
（電話）０８０－１２３４－５６７８

福山市長　様

福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金の交付を受けたいので，福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金交付要綱の内容を承諾の上，同要綱第６条の規定により，関係書類を添えて次のとおり申請します。
また，経路については別添１のとおりです。
なお，補助金交付に係る審査に関して，歯科診療を行った医療機関へ照会することについて同意します。

患者及び付添者				受付者		受付番号	No.
☑申請者に患者に同じ	フリガナ	フクヤマ　タロウ	住所	福山市 東桜町３－５ 電話番号（　０８０　－　１２３４　－　５６７８　）			
	名前	福山　太郎					
	生年月日	１９９０年　１月　１日	居所	☑住所に同じ			
□申請者に付添者に同じ	フリガナ	フクヤマ　ジロウ	住所	☑患者に同じ 電話番号（　０９０　－　８７６５　－　４３２１　）			
	名前	福山　次郎					
	患者との関係を記載してください　例）入所施設の職員など （記載欄）　同居の家族		居所	☑住所に同じ			

振込先	金融機関コード				支店コード			口座番号	9	8	7	6	5	4	3
	1	2	3	4	5	6	7								
☑新規 □変更	●●			銀行 農協 信用金庫 信用組合	□□			支店 支所 出張所 （　　）	普通預金	名義	※カタカナで記入してください。 フクヤマ　タロウ				
□前回の振込先と同じ　※振込先に変更が無い場合は、口座番号等記入の必要はありません。															

■ **添付書類**　この交付申請書兼請求書には，次の書類を添えて提出してください。
①交通機関及び経路内訳書　様式第１号　別添１
②障がい者手帳（身体障がい者手帳･療育手帳･精神障がい者保健福祉手帳）の写
③診療明細書
④交通機関の利用及び料金を証するもの
⑤麻酔等を用いた治療のための事前通院日について申請する場合は、「申立書」（様式第１号別添２）
⑥申請者が指定する振込先の口座番号が記載された預金通帳等の写し　※初回申請時又は振込先を変更する場合のみ提出
（「金融機関名」「開設店名」，「口座番号」及び「口座名義人（カナ）」が記載されたページ）
⑦支払相手方登録依頼書　※初回申請時又は振込先を変更する場合のみ提出
⑧相続人の代表者に関する届　※患者が亡くなり相続人が請求する場合のみ提出
⑨登記事項証明書　※成年後見人等が請求する場合のみ提出

該当する書類を添付してください。

■ **提出先**
〒７２０－８５１２
福山市三吉町南二丁目１１番２２号（福山すこやかセンター５階）　福山市保健福祉局保健部総務課

■ **提出期限　通院した日が属する年度の末日まで（３月分については翌月末日まで）**に申請してください。