

年 月 日

申 立 書

(申請者)

住所

名前

福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金を申請するにあたり、次のものが間違いなく以下のとおり通院したことを申し立てます。

患者名 _____

全身麻酔法又は静脈内鎮静法を用いた治療（予定）日 _____ 年 月 日

上記の治療のため必要な事前通院をした日及び付添者の情報

_____ 年 月 日 付添者名 _____ 続柄

なお、全身麻酔法又は静脈内鎮静法を用いた治療日が、申立日以降となる場合は、後日、麻酔等を用いた治療が確認できる書類（診療明細書等）を提出いたします。提出できない場合は、支給された補助金については返還いたします。

様式第1号 別添2

2025年1月20日

申立書

(申請者)

住所

福山市東桜町3-5

名前

福山 太郎

福山市障がい者市外歯科受診交通費補助金を申請するにあたり、次のものが間違いなく以下のとおり通院したことを申し立てます。

患者名

福山 太郎

全身麻酔法又は静脈内鎮静法を用いた治療(予定)日 2025年1月16日

上記の治療のため必要な事前通院をした日及び付添者の情報

2024年12月1日 付添者名 岡山 桃太郎 続柄 兄

年 月 日 付添者名 続柄

年 月 日 付添者名 続柄

年 月 日 付添者名 続柄

なお、全身麻酔法又は静脈内鎮静法を用いた治療日が、申立日以降となる場合は、後日、麻酔等を用いた治療が確認できる書類(診療明細書等)を提出いたします。提出できない場合は、支給された補助金については返還いたします。