

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当たり、次の者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。

記入例

様式第1号 別添2

2025年6月1日

申立書

申請者
(住所) **福山市東桜町3番5号**
(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当たり、次の者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4月20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

 2025年4月10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。