

別記様式第1号(第5条関係)

離島地区救急患者等負担軽減助成事業実施申請(請求)書

年 月 日

羽幌町長 様

申請(請求)者

住所

氏名

印

助成を受けたいので、下記のとおり申請(請求)します。

申請(請求)額	円
申請内訳	船賃 円 × 人 = 円 乗船確認 【天売・焼尻】支所確認印 宿泊代(食事代除く。) 円(領収書添付) 死体検案書料金 円(領収書添付)
救急患者等氏名	
付添者氏名(続柄)	()
振込口座	金融機関名・支店名 _____ 預金種別 _____ 口座番号 _____ 口座名義人(ふりがな) _____

※ 支給・不支給の決定

【 支給 ・ 不支給 】 年 月 日

申請(請求)額	円	支給決定額	円
不支給の理由等			