

様式第1号（第6項関係）

青梅市立学校救急搬送時選定療養費補助金交付申請書

年 月 日

青梅市長 殿

申請者（保護者） 住所 _____

氏名 _____

電話番号 () _____

青梅市立学校救急搬送時選定療養費補助金の交付を受けたいので、青梅市立学校救急搬送時選定療養費補助金交付要綱第6項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、当該補助金の支給に必要な情報を市が調査することについて同意します。

学 校 名	青梅市立 (小・中) 学校		
児 童 生 徒 名	生年月日	平成	年 月 日
		令和	
救急搬送先 医療機関名	<input type="checkbox"/> 市立青梅総合医療センター <input type="checkbox"/> その他 ()		
救急搬送年月日	年 月 日		
助成申請額	円		
添付書類	申請の際、以下の書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 学校長が発行した証明書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 傷病等の発生の状況がわかる書類 <input type="checkbox"/> 医療機関が発行した領収書および診療明細書の写し ※領収書に選定療養費の記載がある場合、診療明細書は不要		