胎児性・小児性水俣病患者夢実現支援事業利用申請書

利用者用

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TEL　　　　 　　　　　　　）

氏名

（対象者との続柄）

下記のとおり熊本県胎児性・小児性水俣病患者夢実現支援事業を利用したいので申請します。

記

**１　対象者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |   | 生年月日 | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | （TEL　　　　　　　　　　　　　） |
| 水俣病患者認定番号 | 第　　　　　　　　号 | 認定年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |

**２　介助者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介助者１ | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | （TEL　　　　　　　　　　　　　） |
| 介助者２ | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | （TEL　　　　　　　　　　　　　） |
| 介助者３ | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | （TEL　　　　　　　　　　　　　） |
| 介助者４ | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　所 | （TEL　　　　　　　　　　　　　） |
| 介助者が**２名以上必要な理由**等 | ※現在の身体状況や介助が２名以上必要な理由及び想定される場面などを具体的に記入してください。 |

**３　旅行内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 旅行予定期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　（　　泊　　日） |
| 行　先 |  |
| 行　程 | ※胎児性患者等の旅行に際して介助を伴う経路を記入してください。始点と終点は、胎児性患者等の自宅（又は入居施設）としてください。※欄が足りない場合は、別途Ａ４サイズの紙に記載したものを添付してください。 |
| 介助者の旅行に要する費用の積算内訳 | ※欄が足りない場合は、別途介助者毎にＡ４サイズの紙に記載したものを添付してください。 |
| **【介助者１】**（１）介護料（同居の親族は対象外）・10,800円/日×（　　）日＝（　　　　　　　）円（２）旅費　　　　　　　　・　　・　　・（３）その他必要な経費（施設への入場料等）　　・　　・　　・**【介助者１】費用計：（　　　　　　　）円****補助申請額（費用計と10万円とを比較して少ない方））：（　　　　　　　）円** |
| **【介助者２】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（１）介護料（同居の親族は対象外）・10,800円/日×（　　）日＝（　　　　　　　）円（２）旅費・　　・　　・（３）その他必要な経費（施設への入場料等）　　・　　・　　・**【介助者２】費用計：（　　　　　　　）円****補助申請額（費用計と10万円とを比較して少ない方）：（　　　　　　　）円** |
| **補助申請額　合計****（介助者ごとの補助申請額の合計）** | **円** |

**４　その他**

（１）今回の旅行で、他の胎児性・小児性水俣病患者の方と一緒に行かれる予定の有無

（　有　・　無　）

（２）「有」の場合、一緒に旅行される患者の方の氏名を記入願います。

　　（　　　　　　　）さん

（　　　　　　　）さん

　　（　　　　　　　）さん

**≪ 申請に必要な添付書類 ≫**

|  |
| --- |
| **○旅費の見積書等の写し**※交通費（航空・鉄道等運賃等）、宿泊費（飲食代は除く）、施設入場チケット等に係る費用が明確に分かるものを提出ください。**○障害者手帳（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）の写し**※コピーする際は、①障害者手帳の番号、②交付日、③等級、④旅客鉄道株式会社旅客運賃減額第1種、2種の別（該当の方のみ）、⑤氏名、⑥生年月日、⑦顔写真（身体障害者手帳、療育手帳のみ）が掲載された面と、⑧住所が掲載されている面、⑨障害名が掲載されている面（身体障害者手帳の場合）がわかるようにコピー願います。 |