

島民限定割引申込書

乗船年月日	年 月 日			
乗船区間	港から 港まで			
	<input type="checkbox"/> 往 復	復路乗船日： 月 日		
住 所	長崎県			
本人氏名 及び年齢	(歳)			
区分 (どちらかに○)	大人 ・ 小人 (幼児含まず)			
	項目	確認(該当に○)		
対象項目 (○印)	特定医療	特定医療 (指定難病)	特定医療費(指定難病)受給者証	
		特定疾患	特定疾患医療受給者証(下記該当疾病に○) スモン、劇症肝炎、重症急性膵炎、 クロイツフェルト・ヤコブ病、 重症多形滲出性紅斑(急性期)	
		小児慢性特定 疾病医療	小児慢性特定疾病医療受給者証	
		育英医療	自立支援医療受給者証(育成医療)	
		介護者	小児慢生特定疾患・育成医療者が未就学児 で保護者等	
	高度先進医療(旧本土 通院)	初回	離島病院発行の診療情報提供書(紹介状)	
			本土通院等療養申告書・療養状況申告書	
			本土医療機関受診券(予約確認出来もの・領収書)	
	※初回3つ確認 以降2つの確認		予約確認出来ない場合 (お客様TEL)	
	後期高齢者(75歳以上)	被保険者証	免許証	
※車利用のお客様のみ 身障者	身障者手帳	療育手帳	精神障害者	手帳
	介護者氏名 (身障者車輛航送で介護者運転の場合のみ)			
	(車輛区分:身障者車輛航送の場合のみ)			
	3m未満	4m未満	5m未満	
車両ナンバー				

船種・等級	フェリー (2等)
-------	----------------

発店確認欄	
-------	--

島民限定割引申込書

乗船年月日	年 月 日			
乗船区間	港から 港まで			
	<input type="checkbox"/> 往 復	復路乗船日： 月 日		
住 所	長崎県			
本人氏名 及び年齢	(歳)			
区分 (どちらかに○)	大人 ・ 小人 (幼児含まず)			
	項目	確認(該当に○)		
対象項目 (○印)	特定医療	特定医療 (指定難病)	特定医療費(指定難病)受給者証	
		特定疾患	特定疾患医療受給者証(下記該当疾病に○) スモン、劇症肝炎、重症急性膵炎、 クロイツフェルト・ヤコブ病、 重症多形滲出性紅斑(急性期)	
		小児慢性特定 疾病医療	小児慢性特定疾病医療受給者証	
		育英医療	自立支援医療受給者証(育成医療)	
		介護者	小児慢生特定疾患・育成医療者が未就学児 で保護者等	
	高度先進医療(旧本土 通院)	初回	離島病院発行の診療情報提供書(紹介状)	
			本土通院等療養申告書・療養状況申告書	
			本土医療機関受診券(予約確認出来もの・領収書)	
	※初回3つ確認 以降2つの確認		予約確認出来ない場合 (お客様TEL)	
	後期高齢者(75歳以上)	被保険者証	免許証	
※車利用のお客様のみ 身障者	身障者手帳	療育手帳	精神障害者	手帳
	介護者氏名 (身障者車輛航送で介護者運転の場合のみ)			
	(車輛区分:身障者車輛航送の場合のみ)			
	3m未満	4m未満	5m未満	
車両ナンバー				

船種・等級	フェリー (2等)
-------	----------------

発店確認欄	
-------	--