

(様式第1号)

長井市人工透析患者通院交通費助成金申請書

年 月 日

長井市長 様

次のとおり申請します。なお、助成金の支給決定のため必要があるときは、申請内容について調査することに同意します。

申請者	住 所	長井市			電話	()	
	氏 名	男・女			生年月日	年 月 日	
	手帳番号	第 号	障害名				
	等 級	級					
医療機関名			所在地		通院 距離	片道 km	
通院 方法	当初	自家用車・鉄道・バス・タクシー・介護タクシー					
	変更	変 更 年 月 日		年 月 日			
		自家用車・鉄道・バス・タクシー・介護タクシー					

※タクシー及び介護タクシーを利用している場合、利用していることがわかる領収書の写しを1枚以上添付すること。

助 成 金 振 込 先	金 融 機 関 名 (支 店 名)	
	口 座 番 号	
	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)	

(記入上の注意)

- (1)途中で通院方法を変更した場合は変更欄に記入すること。
(2)口座名義人はカタカナで記入して下さい。