

(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

令和      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<br>距離    | 片道<br>km |  |
| 通院<br>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<br>( 支 店 名 )   |  |
|             | 口 座 番 号                  |  |
|             | 口 座 名 義 人<br>( 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。