

(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。