

## 人工透析患者通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

寒河江市長 様

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄 )

)

下記により人工透析患者通院交通費の支給を申請します。

対象者	氏名			生年月日	年 月 日生 ( 歳 )		
	住所	寒河江市		( 電話 )			
	身体障害者手帳等	県 第 号 ( 年 月 日交付 )					
		障害等級	種 級				
通院医療機関	名 称						
	所在地						
通院方法	自家用車	距離	片道 km				
	交通機関	種類		乗車区間	~	運賃	片道 円
世帯の状況	※支給決定のために、私の世帯の課税資料を閲覧することについて同意します。						
	氏名	続柄	生年月日	職業	市民税所得割額		備考
		本人					

※認定欄

支給月数	支給単価	支給総額
月	円	円