

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					
		障 害 名						
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