

様式第1号(第4条関係)

令和 年度喬木村人工透析患者等通院交通費補助事業支給申請書

年 月 日

喬木村長様

喬木村人工透析患者等通院交通費助成事業実施要綱第4条の規定により、支給金額を算定するために医療機関等から通院回数の情報提供を受けることに同意し、下記のとおり喬木村人工透析患者等通院交通費補助の申請をします。

申請者	住所 TEL	喬木村 TEL			
	氏名		人工透析患者等との続柄		
人工透析患者等	住所	喬木村			
	氏名				
	生年月日	(大・昭・平) 年 月 日			
通院医療機関	住所				
	名称				
通院回数		回/週			
振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	口座種類	1普通	2当座	3貯蓄
		支店			
	支所	口座番号			
	支店	口座 名義人	フリガナ		
			氏名		

(添付資料) ・特定疾病療養受療証又は身体障害者手帳の写し

※申請書と併せてご提出ください

通院距離(村記入欄)

Km