様式第1号(第1条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人工透析患者通院交通費補助金受給資格認定申請書  年　　月　　日  　田村市長　様  申請者　住　所  氏名　　　　　　　　　　　　㊞  電　話  　下記のとおり認定を受けたいので申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 身障手帳交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 等級 | | 級 | | |
| 医療機関  通院する | 医療機関名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 通院回数 | | | 日ごとに　　　　回  週に　　　　回又は　　　　月に　　　　　　　　回 | | | | | | | | | | | | |
| 通院交通手段 | 順路 | 交通機関 | | | | | | | | 区間(経路) | | | | | 通院交通費(片道) | |
| 1 |  | | | | | | | |  | | | | | 円 | |
| 2 |  | | | | | | | |  | | | | | 円 | |
| 3 |  | | | | | | | |  | | | | | 円 | |
| 1往復当たり  の通院交通費 | | (1＋2＋3)×2  円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 | | 銀行　信金  農協　信組 | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | 普通  当座 |
| 口座番号 | |  |  | |  |  |  |  |  | | 口座名義 | | カナ | | | |

≪所得状況等確認同意欄≫

　人工透析患者通院交通費補助金支給事務に必要な範囲において、私及び私の世帯員の住民基本台帳、課税台帳等の公簿閲覧をすることについて同意します。

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞