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　　　　　　　　　　　　　　　㊞