

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

三春町長 様

住 所

申請者 氏 名

㊦

電話番号

個人番号

次のとおり、人工透析患者通院交通費補助金受給資格認定を申請します。
 なお、受給資格認定のため、所得及び課税状況を調査することに同意します。

対象者	住 所				性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	職業又は勤務先名			
	身障手帳交付年月日	年 月 日	等級	種 級		
医療機関	医療機関名					
	所 在 地					
	通院回数	(週に 回)	(月に 回)	(日ごとに)		
通院交通手段	区 分	交通機関	区間(経路)	距 離	片道通院交通費 (注1)	
	列 車				円	
	バ ス				円	
	自家用車			(km)	円	
	タクシー			(km・時間)	円	
	※ タクシーを利用する場合、その理由					
口座振込先	銀行・農協・信金		口座名義			
	支店・本店		口座番号			

(注1) 通院交通費(片道)は、手帳提示による運賃割引後の金額を記入してください。

(注) これ以下は、記入しないでください。

受給資格 審査結果	審 査 結 果	認定する交通手段①		認定する交通手段②	
	<input type="checkbox"/> 認 定 <input type="checkbox"/> 資格停止	区 分	片道交通費	区 分	片道交通費
			円		円