様式第１号（第４条関係）

鹿角市人工透析患者通院交通費助成金交付申請書

年　　月　　日

　鹿角市長　様

申請者　住　所　鹿角市

　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　℡　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 | | 鹿角市 | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 生 |
| 手帳番号 | | 秋田県第 |  | | 号 | | | |  | | 級 | |
| 障がい名 | |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 通院距離 | | |  | | | | | km | | | | | |
| 通院方法 | 順路 | | 通院の方法 | | 区間（距離） | | | | | | 通院交通費（片道） | | |
| 当初 | １ |  | |  | | | | | |  | | |
| ２ |  | |  | | | | | |  | | |
| ３ |  | |  | | | | | |  | | |
| 変更後 | １ |  | |  | | | | | |  | | |
| ２ |  | |  | | | | | |  | | |
| ３ |  | |  | | | | | |  | | |
| １箇月の平均通院回数 | | | | |  | | | | | | 回 | | |
| 振込先金融  機関 | | 銀行・農協  労金・信組 | | 支店  支所 | | | 口座  番号 | | （普）№ | | | | |
| （ｶﾀｶﾅ） | | | | |

（記入上の注意）

　中途で通院方法を変更した場合は、変更欄に記入すること。