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。