様式第１号（第５条関係）

じん臓機能障がい者通院交通費補助金交付申請書

　　年　　月　　日

多気町長　　様

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

対象者との続柄

多気町じん臓機能障がい者通院交通費補助要綱に基づき、補助金を受けたいので下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日生 | |
| 通院状況 | 医療機関名 |  | |
| 通院回数 | 月約　　　　　　回 | |
| 通院方法 | □自家用車　□鉄道　□バス　□タクシー  □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 通院しなかった期間 | □あり  □なし | ※「あり」の場合のみ記入  月　　日～　　月　　日  （理由：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 年度内通院回数の変更 | □あり  □なし | ※「あり」の場合のみ記入  月　 日～　 月　 日まで月約　　回  月　 日～　 月　 日まで月約　　回  （理由：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 振込先  金融機関 | 銀行・信金・信組・農協 | | 本店　　　　　　支店 |
| 預金種別 | １普通（総合）　２当座 | |
| 口座番号 |  | |
|  |  | |
|  | |