

別記第1号様式

じん臓機能障害者通院交通費助成申請書

聖籠町長 様

年 月 日

(申請者)住 所 聖籠町大字
氏 名 印

じん臓機能障害者通院交通費助成を受けたく、要綱第3条により申請いたします。

対 象 者	住 所	聖籠町大字				
	氏 名	印 (男・女)				
	生年月日	年 月 日生				
	身体障害者手帳	交 付 年 月 日	交 付 番 号	障 害 名	等 級	
			じん臓機能障害	第 種 級		
通院医療機関	名 称					
	所在地					
	通院回数	週 回 月 回				
交 通 費	乗車区間	バス	電車	自家用車		
		から まで から まで (円)	から まで から まで (円)	から まで から まで (片道 km)		
		交通費合計 円(月額 円)				
振 込 銀 行	(口座番号) (口座名義) 銀行 支店					

(添付書類)

- 1 通院証明書
- 2 身体障害者手帳の写し