

真庭市人工透析患者通院交通費助成金交付申請書
＜令和 年度 前期分＞

令和 年 月 日

真庭市長 様

（申請者） 住 所 真庭市

氏 名

（TEL - - ）

次のとおり真庭市人工透析患者通院交通費助成金の交付を申請します。

対 象 者 氏 名		生	
住 所		申請者との 続 柄	
病 名	慢性腎不全	通 院 距 離	片道 km

上記の者は、腎不全等により人工透析治療を受けるため、通院治療を受けていることを証明する。

通院治療を受けている医療機関	所在地 名 称 ㊤					
通 院 月 及 び 回 数	令和 年4月	回	令和 年5月	回	令和 年6月	回
	令和 年7月	回	令和 年8月	回	令和 年9月	回
支 払 先	金融機関		口座番号		名義人	
	農協 銀行 信用金庫	支所 支店			刀がナ -----	

【福祉課使用欄】

※支給決定額	@	円 ×	月分 =	円
--------	---	-----	------	---