

高島町人工透析患者通院交通費助成金交付申請書

令和 年 月 日

高島町長 寒河江 信 殿

申請者 住所 高島町
氏名

受給者	住所				TEL			職業				
	氏名				男・女	生年月日						
	手帳番号	第	号	障がい名				等級	級			
同居世帯の状況	続柄	氏名	年令	職業	所得税課税有無		備考					
					※ 有 ・ 無							
					※ 有 ・ 無							
					※ 有 ・ 無							
					※ 有 ・ 無							
					※ 有 ・ 無							
医療機関名					所在地			往復通院距離	km			
通院方法	順路		通院方法の別		区 間(距離)		通院交通費(片道)					
	行き	1										
		2										
	帰り	1										
2												
振込先口座番号												
口座名義人			金融機関				種類	口座番号				
							本店 支店	普通 当座				
他法適用の有無	※ 有 ・ 無			1か月の平均通院回数			回					
1往復あたりの通院交通費	当初	※		1か月の平均通院交通費		当初	※					
	変更後	※				変更後	※					
認定欄		支給延月数	支給単価	支給総額	支給年月日	備考						
	1											

申請者欄、太枠内を記入ください。