

高島町人工透析患者通院交通費助成金交付申請書

令和〇〇年△△月××日

高島町長 寒河江 信 殿

申請者 住所 高島町 大字高島123
氏名 高島一郎

受給者	住所	高島町大字高島123		TEL	52-1234	職業	農業
	氏名	高島一郎		男/女	男	生年月日	昭和22年2月22日
	手帳番号	第 123456 号	障がい名	じん臓機能障害			等級
同居世帯の状況	続柄	氏名	年令	職業	所得税課税有無	備考	
	妻	高島花子	50	無職	※有・無		
	子	高島二郎	25	会社員	※有・無		
					※有・無		
					※有・無		
					※有・無	往復の距離を記入してください (端数四捨五入)	
医療機関名		公立高島病院	所在地	高島町大字高島386	往復通院距離	10 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	自家用車	自宅~病院	5 km		
		2	デマンド交通	自宅前~病院	300円×5(利用回数)		
	帰り	1					
2							
振込先口座番号		徒歩等は該当しません					
口座名義人		金融機関			種類	口座番号	
高島一郎		高島銀行		高島 本店 支店	普通 当座	0 1 2 3 4 5 6	
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	当初	※	
	変更後	※		通院交通費	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。