

大紀町長 様

人工透析患者等通院費補助金受給資格認定申請書

申請者	住所	大紀町 番地 ()		
	氏名	Ⓜ (世帯主:)		
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	
	電話番号			
身体状況	1 独歩可 2 杖等使用 3 車椅子使用 4 その他()			
通院する医療機関	医療機関名			
	所在地			
	通院日数	週 日 又は() (通院曜日に○を付けて下さい。月・火・水・木・金・土・日)		
通常 の 通院交通 手段	順路	交通機関	区間(経路)	走行距離 又は 旅客運賃
	1		自宅 ~	km 円
	2			km 円
	3			km 円
補助金受給 の際の指定 振込口座	金融機関名	支店		
	口座番号	普・総・当		
	名義人			

※ 通院証明書(様式第2号)及び身体障害者手帳の写しを添付してください。

《注》これより以下は記入しないで下さい。

受給資格等の 審査結果	認定 (令和 年 月 日)
	非該当 (理由等:)
自宅から医療機関 までの認定距離	km