人工透析者通院費助成申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住所    氏名　　　　　　　　 　　　　㊞ |

年　　 月　　 日

魚沼市長　様

　下記のとおり、人工透析者通院費の助成を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | | | | | 生年月日 | |  | | |
| 住　所 |  | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 身体障害者手帳 | | 番　　号 | |  | | | 障 害 名 | |  | | |
| 交付年月日 | |  | | | 障害等級 | |  | | |
| 通院医療機関 | | 名　　称 | |  | | | | | | | |
| 利用月 | |  | | | | 通院回数 | |  | |
| 利用交通機関 | | 行　　き | |  | |  | から | |  | | まで |
| 片道 |  | |  | | km |
| 帰　　り | |  | |  | から | |  | | まで |
| 片道 |  | |  | | km |
| 自己負担額 | | 行き |  | 円 | 帰り |  | 円 | | 総額 |  | 円 |
| 助成申請額 | |  | |  | 円（総額の1/2) | | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 |  | | | 支 店 名 |  |
| 口座種別 |  | | 口 座 番 号 |  | |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | | |

（添付書類）

　通院証明書（様式第２号）