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）