

様式第1号（第4条関係）

高石市人工透析患者通院費助成金交付申請書

令和 年 月 日

高石市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

人工透析患者通院費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

受給者	住 所	高石市		
	氏 名		生年月日	年 月 日 生
	手帳番号	第 号 級		
医療機関名 所在地				
通院方法	通院月	主な通院方法（該当する番号に○をして下さい。）		通院回数
	年 月	1. 往復とも電車・バス 2. 往復ともタクシー 3. 主に帰りがタクシー		回/月
	年 月	1. 往復とも電車・バス 2. 往復ともタクシー 3. 主に帰りがタクシー		回/月
	年 月	1. 往復とも電車・バス 2. 往復ともタクシー 3. 主に帰りがタクシー		回/月
	年 月	1. 往復とも電車・バス 2. 往復ともタクシー 3. 主に帰りがタクシー		回/月
	年 月	1. 往復とも電車・バス 2. 往復ともタクシー 3. 主に帰りがタクシー		回/月

※裏面に、各月の医療機関及び公共交通機関からの領収書等を貼付すること。

なお、通院費助成金交付決定のため、申請書及び同一世帯の生計中心者の市町村民税課税台帳等の市民税関係公簿及び生活保護受給者台帳を閲覧することに同意します。

氏名 _____ (印)

人工透析患者通院費助成金交付金について、下記口座に振込みを依頼いたします。

銀行・信金・信組・農協		本・支店	
普通・当座・貯蓄・その他	口座番号		(名義カナ)

氏名 _____ (印)

通院月	領 収 証 など
月	
月	
月	
月	
月	
月	

※通院月別に、医療機関及び公共交通機関からの領収証、又はそれに準ずるものを貼付して下さい。