

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

尾花沢市人工透析患者通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

尾花沢市長 殿

申請者 住所

氏名 ⑩

続柄（代理申請の場合）

尾花沢市人工透析患者通院交通費助成事業実施要綱第 4 条の規定により、下記のとおり申請します。人工透析患者通院助成金交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、課税資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

記

受給者	住所						
	氏名			電話番号			
	性別			生年月日			
	手帳番号			等級			
	障害名						
医療機関名			所在地				
通院方法	交通機関	種類		乗車区間		片道通院交通費	円
	自家用車	片道距離	km				
	福祉有償運送	片道距離	km			円	
	変更						

- (注) 1 途中で通院方法を変更した場合は、その内容を変更欄に記入すること。  
 2 往路、復路の交通手段が異なる場合は、それぞれについて記入すること。

市認定欄

支給月数	支給単価	支給総額
月	円	円