

別記様式（第3条関係）

腎臓機能障害者及び難病疾患者通院助成金支給申請書

年 月 日

世 羅 町 長 様

申請者 住 所 世羅郡世羅町大字

氏 名



(0847) —

(申請者が本人のとき捺印はいりません。)

通院助成金を次のとおり申請いたします。

対象者	住 所	世羅郡世羅町大字		
	氏 名		生年月日	年 月 日生
疾 患 名		腎臓機能障害・難病疾患（疾患名）		
支給申請額	金	円	支給決定額	円
自家用車	_____ km	(1回往復距離) ×	円 × 通院回数	_____ 回 = _____ 円 (月)
				_____ 回 = _____ 円 (月)
				_____ 回 = _____ 円 (月)
公共交通 (バス等)	_____ 円	(1回あたり) × 通院回数	_____ 回 = _____ 円 (月)	
			_____ 回 = _____ 円 (月)	
			_____ 回 = _____ 円 (月)	
タクシー等	_____ 円 (月)	_____ 円 (月)	_____ 円 (月)	(領収書添付)
合計額 (月分)	_____ 円		審査額 _____ 円	
(月分)	_____ 円		審査額 _____ 円	
(月分)	_____ 円		審査額 _____ 円	

通院等証明欄 (通院日の記載及び確認印の押印をお願いしてください。)

※入院日、退院日及び入院中の外泊における交通費は含まれません。

月日	月																	計
医療機関 押印欄																		日
月日	月																	計
医療機関 押印欄																		日
月日	月																	計
医療機関 押印欄																		日

上記のとおり通院したことを証明します。

年 月 日

病 (医) 院の住所

病 (医) 院名

担当医師名

印不要

助成金振込口座

振込先	銀行・農協・信用組合		支店・支所		口座種別	普通・当座	
口座番号	フリガナ						
	口座名義人						