

別記様式（第4条関係）

三朝町腎臓機能障がい・精神障がい者通院費助成申請書

次のとおり通院費用を要しましたので、助成金の交付を申請します。

年 月 日

三朝町長 様

申請者住所 東伯郡三朝町大字
氏 名 ㊟（患者との続柄 ）

- 1 患者氏名
- 2 対象区分 腎臓機能障がい者・精神障がい者（○で囲んで下さい。）
- 3 通院方法 バス・自家用車・その他（ ）（○で囲んで下さい。）
【バスの場合】 _____停留所から _____停留所まで(バス賃 _____ 円)

(月 ~ 月) 分通院証明書

患者(氏名) _____ は、(人工透析療法・精神障がい療法)のため下記のとおり通院したことを証明します。

_____ 月 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17
18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31

_____ 月 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17
18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31

_____ 月 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17
18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31

計 _____ 日間

年 月 日

三 朝 町 長 様

医療機関名 _____ ㊟

(注) 通院日を○で囲んで下さい。

医療機関により、 <u>無料の送迎</u> を受けた場合にはその日数	日間
------------------------------------	----

振込先	<input type="checkbox"/> 前回申請の口座及び名義に変更ありません。		
	金融機関名	信用金庫 _____ 支店 銀行 _____ 出張所 農業協同組合 _____ 支所	
	通帳の種別	普通 ・ 当座	
	口座番号	_____	口座名義 _____

決定欄	単 価	円	左記のとおり決定する。 <div style="text-align: right;">年 月 日 三 朝 町 長</div>
	回 数	回	
	計算式	× × 2 × 1/2	
	金 額	円	

