

腎臓機能障害者  
通院交通費助成金交付申請書  
指定難病等

平成 年 月 日

厚真町長 宮坂 尚市朗 様

申請者 住所 厚真町  
氏名  
電話

㊞

このことについて、下記のとおり通院交通費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 助成対象病名 (1) 腎臓機能障害 (人工透析治療者)  
(2) 指定難病  
(3) 肝炎患者
- 2 助成通院期間 自 平成30年10月 1日  
6カ月間分  
至 平成31年 3月31日
- 3 助成金交付申請額 金 円  
介護者 有・無  
経路 鉄道 ～  
バス ～
- 4 助成金振込先 金融機関名 \_\_\_\_\_  
本支店名 \_\_\_\_\_  
口座番号 総・普・当 \_\_\_\_\_  
フリガナ  
口座名義人 \_\_\_\_\_