

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

令和 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31年 4月 1日
6カ月間分
至 令和 元年 9月30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 _____