

厚真町腎臓機能障害者及び指定難病等（肝炎患者含）通院交通費助成金交付申請書

令和 年 月 日

厚真町長 宮坂 尚市朗 様

住所 厚真町

申請者 氏名

(印)

電話

このことについて、下記のとおり厚真町腎臓機能障害者及び指定難病等（肝炎患者含）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 令和7年10月1日

< 6か月分 >

至 令和8年3月31日

3 助成金交付申請額 金 円

経路1 バス ~

経路2 鉄道 ~

4 助成金振込先 金融機関： 支店名：

口座番号：

口座名義(フリガナ)：