

厚真町腎臓機能障害者及び特定疾患等（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



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特定疾患等（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）特定疾患
 （３）肝炎患者

- 2 助成通院期間 自 **令和8年4月1日**
 < 6 か月分 >

至 **令和8年9月30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)： _____