

年 月 日

下呂市長 様

申請者(対象者) 住所 下呂市
氏名

㊟

下呂市人工透析療養者通院交通費助成金交付申請書

標記助成金の交付を受けたく、下記のとおり申請します。

対象者	住所	下呂市										
	氏名					身体障害者手帳番号	第 号					
医療機関	住所											
	名称											
対象期間	年 月から 年 月まで											
通院回数	別紙、人工透析療養者通院証明書等のとおり											
振込口座 (番号は右 めて記入 てください)	口座名義人	ふりがな										
		氏名										
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名	種別	口座番号								
	銀行 金庫 農業協同組合 信用組合	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座									
ゆうちょ銀行	通帳記号				通帳番号							
	1				0							
対象者以外 の口座を希 望する場合	私は、口座名義人_____を代理人と定め、助成金の受領に 関することを委任します。 申請者 _____ ㊟											
* 審 査	助成金額 算定基礎	(回 × km) 円				申請内容については、証明書等により確認済						チェック
	助成金 支給決定額	円				検査確認済						年 月 日
	決定年月日	年 月 日				職員氏名 _____ ㊟						

(注) 審査欄は、所管課で記載する。