

第1号様式（第4条関係）

日高町じん臓機能障害者通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印
電話番号 _____

次のとおり通院交通費の助成を受けたく申請します。

記

- 1 助成金交付申請額 金 _____ 円
- 2 助成対象期間 自 _____
至 _____
- 3 通院医療機関又は
通園施設名 住 所 _____
病院名 _____
- 4 通院回数 別紙「通院証明書」
- 5 助成金支払方法 (1) 窓口支払を希望する
 (2) 口座振替を希望する
金融機関名 (_____)
口座番号 _____
口座名義 _____