様式第１号（第４条関係）

人工透析患者等通院交通費助成金交付申請書

年　　月　　日

　　　南幌町長　　　　　様

住　　所　　南幌町

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　　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　助成通院期間　　自　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　至　　　　年　　　月　　　日

　２　助成金交付申請額　　金　　　　　　　　　　円

　３　助成金振込先　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店

　　　　　　　　　　　　　口座番号　　普　・　当

　　　　　　　　　　　　　口座名義（カナ）

この申請の判定に必要な、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき貴町が確認（照会）することに同意します。

氏　　名　　　　　　　　　　印