**腎臓疾病患者通院交通費助成認定申請書**

年　　月　　日

　椎葉村長

申請者　住　　所

　　　　氏　　名　　　　　　　　　印（続柄　　　）

　　　　電話番号

下記の通り認定を受けたいので、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（受診者） | 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 椎葉村大字 |
| 現住地 | 〒 |
| 連　絡　先 |  | 携帯 |  |
| 身体障害者手帳交付年月日 | 年　　月　　日 | 等級 | 級　　　 |
| 通院医療機関 | 医療機関名 | 連絡先 |
| 所在地 | 〒 |
| 通院回数 | 週に　　回　又は　月に　　回　（通院曜日　　　　　　　）、不定期 |
| 通院交通手段 | 順路 | 移動手段（交通機関） | 利用区間（自宅から医療機関までの経路） | 路程（または金額） |
| １ | 自家用車 | 現住地　～　 |  |
| ２ | 電車・バス | バス停（　　　　　　）～ |  |
|  |  |  |  |
| 路程（Km×往復）×40円＝　　　　　　円、バス実費＝　　　　円 | 　合　　計＝　　　　　円 |
| 支払希望金融機関 | 銀行 金庫 組合  | （フリガナ）口座名義 |  |
| 本店 支店・支所 出張所  | 預金種別 | １　普通　　２　当座 |
| 口座番号 |  |

※受給資格確認　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認印　　　　受付印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住民登録の有・無 |  |  |  |
| 身体障害者手帳 |  |
| 手　帳　番　号 |  |