

様式第1号（第4条関係）

人工透析患者通院交通費助成申請書

年 月 日

登米市長

申請者

住 所 登米市

氏 名 印

対象者との続柄 ()

電話番号 ()

通院交通費の助成を受けたいので申請いたします。

対 象 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所		病 院 名	
身体障害者手帳	県第 号 (年 月 日交付) 種 級		
	障 害 名		
口 座 振 込 依 頼 書 通院交通費の助成金を下記の口座に振込みを依頼します。			
金 融 機 関 名	銀行・農協 支店		
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口 座 名 義 人			

(注) 口座名義人は、申請者と同じになります。