

年 月 日

倉吉市長 様

令和 年度倉吉市障がい者等通院費助成金交付申請書

申請者 住所

氏名 (印)

(助成対象者との続柄:)

電話番号 -

倉吉市障がい者等通院費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

助成対象者	フリガナ	
	氏名	
	住所	倉吉市
	区分 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 人工透析(血液透析) <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証(精神通院)所持者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証所持者
助成金額	※	円
通院医療機関名		
通院期間	年 月 日 から 年 月 日	
入院期間	有・無	(有の場合) 年 月 日 から 年 月 日
通院距離 (片道)	※	
	▪ 1.5km未満	
	▪ 1.5km以上5km未満	
	▪ 5km以上10km未満	
	▪ 10km以上15km未満	
▪ 15km以上		
通院区間 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 自宅から医療機関 <input type="checkbox"/> その他 (名称: _____ 住所: _____) から医療機関	
通院方法 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 徒歩又は自転車 <input type="checkbox"/> 乗用車 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
振り込み先	<input type="checkbox"/> 前回申請の口座及び名義に変更ありません	
	金融機関名	信用金庫 _____ 支店 銀行 _____ 出張所 農業協同組合 _____ 支所
	預金種別	1 普通預金 (総合口座・通常貯金) 2 当座預金 (一般振込口座) 3 その他 (_____)
	口座番号	_____ 口座名義 _____ (通帳に記載してあるとおりにカタカナでご記入下さい。)

「※」の部分は記入しないでください。