

倉吉市長 様

令和6年度倉吉市障がい者等通院費助成金交付申請書

見 本

申請者 住 所 倉吉市葵町722

氏 名 倉吉 太郎

(助成対象者との続柄: 本人)

電話番号 0858 - 22 - * * *

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

申請者記入欄

申請者記入欄

申請者記入欄

助成対象者	フリガナ	カサシ タロウ		
	氏 名	倉吉 太郎		
	住 所	倉吉市 葵町722		
	区 分 (該当するものに✓)	☐ 人工透析(血液透析) ☒ 自立支援医療受給者証(精神通院)所持者 ☐ 特定疾患医療受給者証所持者		
助 成 金 額	※	こちらは記入しないでください		円
通院医療機関名	〇〇病院			
通 院 期 間	R 6 年 1 月 1 日 から R 6 年 12 月 31 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)	※	こちらは記入しないでください		
通 院 区 間 (該当するものに✓)	☐ 自宅から医療機関	自宅以外から医療機関へ通院する場合に記入してください。		
	☒ その他	名称: 株式会社〇〇〇〇	住所: 倉吉市〇〇〇町△△番地	から医療機関
通 院 方 法 (該当するものに✓)	☐ 徒歩又は自転車	☒ 乗用車	☐ その他 ()	
こちらにチェック(✓)された場合は、下の欄への記入は不要です。				
☒ 前回申請の口座及び名義に変更ありません				
振り込み先	金融機関名	信用金庫 銀 行 農業協同組合	支店 出張所 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。