

倉吉市長様

平成30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 倉吉市葵町722
氏名 倉吉太郎
(助成対象者との続柄:)
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

氏名 倉吉太郎
住所 倉吉市 葵町722
区分
・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

現在の生活拠点である居住地が住民票の住所地と異なる方については、生活拠点である居住地を記入してください

申請者記入欄

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 ○○病院

通院期間 平成30年3月1日から平成30年12月31日

入院期間 有・無 (有の場合) 平成 年 月 日 ~ 平成 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
こちらは記入しないでください

申請者記入欄

通院区間
・自宅から医療機関
・その他 (名称: 株式会社○○○○ から医療機関
住所: 倉吉市○○○町△△番地)

自宅以外(会社等)から医療機関へ通院する場合に記入ください

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

金融機関名 信用金庫 銀行 支店 出張所 農業協同組合

振り込み先 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。)

「初めて申請」または「前年とは別の口座を希望」などの場合は記入してください。通帳のコピーも必要です。

「※」の部分は記入しないでください。