

倉吉市長 様

令和2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
助成対象者
氏名 倉吉 太郎
住所 倉吉市 葵町722
区分
[] 人工透析(血液透析)
[x] 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 ○○病院
通院期間 R2年 1月 1日 から R2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) ※
・ 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
通院区間
[] 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。
名称: 株式会社○○○○
住所: 倉吉市○○○町△△番地
から医療機関
通院方法
[] 徒歩又は自転車 [x] 乗用車 [] その他 ()
こちらはチェック(✓)された場合は、下の欄への記入は不要です。
[x] 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
振り込み先
預金種別 1 普通預金 2 当座預金 3 その他
(総合口座・通常貯金) (一般振込口座) ()
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。