

様式第1号（第3条関係）

人工透析通院助成費支給申請書

年 月 日

（あて先）胎内市長

申請者

住 所 胎内市

氏 名

（対象者との続柄 ）

次により、通院助成費の支給を申請します。

|                  |                         |           |      |                       |        |
|------------------|-------------------------|-----------|------|-----------------------|--------|
| 対<br>象<br>者      | 氏名                      |           | 男・女  | 生年月日                  | 年 月 日生 |
|                  | 住所                      | 胎内市       |      |                       |        |
|                  | 身体障害者手帳番号・等級            | 新潟県 第 号 級 |      |                       |        |
| 通<br>院<br>状<br>況 | 医療機関名                   |           |      |                       |        |
|                  | 通院回数                    |           |      |                       |        |
| 振込指定<br>金融機関     | 銀行・信組                   | 本店・支店     | 預金種目 | 口座番号(右づめでご記入<br>ください) |        |
|                  | 信金・農協                   | 本所・支所     |      |                       |        |
|                  | 労金・漁協                   | 出張所       | 2 当座 |                       |        |
| 口座名義人            | (フリガナ)                  |           |      |                       |        |
|                  |                         |           |      |                       |        |
| ※ 審査結果           | 年 月 日 認定・不認定( 年 月分から支給) |           |      |                       |        |

(注) ※審査結果については、記入の必要はありません。