様式第１号（第４条関係）

飯綱町人工透析患者通院費補助金交付申請書

年　　月　　日

飯綱町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　所

申請者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先（電話）

飯綱町人工透析患者通院費補助金交付要綱第４条の規定により補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

飯綱町人工透析患者通院費補助金交付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通院者氏名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 通院している病院名 |  | 通院距離 | ㎞（自宅から病院） |
| 身体障害者手帳 | 番号 |  | 障害名 |  |
| 通院方法 |
| 往路 | 復路 |
| (1) バイク（　　　　～　　　　）　　　㎞(2) 自家用車（　　　　～　　　　）　　　㎞（　普通自動車　　・　　軽自動車　）(3)　福祉有償運送サービス（片道運賃　　　　円）(4) 電車（片道運賃　　　　　　円）　　　　　　　　　駅～　　　　　　　駅(5) バス（片道運賃　　　　　　円）　　　　　　　停留所～　　　　　　停留所(6) その他（　　　　　　　　　　　　　　） | (1) バイク（　　　　～　　　　）　　　㎞(2) 自家用車（　　　　～　　　　）　　　㎞（　普通自動車　　・　　軽自動車　）(3)　福祉有償運送サービス（片道運賃　　　　円）(4) 電車（片道運賃　　　　　　円）　　　　　　　　　駅～　　　　　　　駅(5) バス（片道運賃　　　　　　円）　　　　　　　停留所～　　　　　　停留所(6) その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 注　１　該当する通院方法に○印をしてください。 |
| 　　２　往復の通院方法が異なる場合は、両方に記入してください。 |
| 　　３　電車、バスを利用している場合は、片道運賃を記入してください(手帳割引後の額)。 |