

様式第1号

南陽市人工透析患者通院交通費助成金申請書

令和 年 月 日

南陽市長 白岩 孝夫 殿

申請者 住 所

氏 名

受給者	住 所		TEL()			
	氏 名		生年月日	職業		
	個人番号					
	手帳番号		障害名	等級		
同居世帯の状況	続 柄	氏 名	年 齢	職 業	所 得 税 課 税 有 無	備 考
					※ 有・無	
					※ 有・無	
					※ 有・無	
医療機関名		所在地		通 院 距 離		km
通院方法	順 路	通 院 方 法 の 別		区 間 (距離)		通院交通費(片道)
	当初	1				
		2				
		3				
	変更後	1				
		2				
3						
他法適用の有無		※ 有・無		1か月の平均通院回数		回
1往復当たりの通院交通費		当 初	※	1か月の平均通院交通費	当 初	※
		変 更 後	※		変 更 後	※

※

認 定 欄		支 給 延 月 数	支 給 単 価	支 給 総 額	支 給 年 月 日	備 考
1		月	円	円		
		月	円	円		

(記入上の注意)

- (1) ※欄は市で記入します。
- (2) 途中で通院方法を変更した場合は変更欄に記入すること。
- (3) 認定により支給単価が二通りになる場合はそれぞれについて記入すること。