

記 載 例

網掛け部分について分かる範囲でご記入ください

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

令和〇〇年××月△△日

南陽市長 白岩 孝夫 殿

申請者 住 所 南陽市三間通436番地の1

氏 名 南陽 太郎

|              |         |                |             |                   |           |      |      |
|--------------|---------|----------------|-------------|-------------------|-----------|------|------|
| 受給者          | 住 所     | 南陽市三間通436番地の1  |             | TEL(0238-40-3211) |           |      |      |
|              | 氏 名     | 南陽 太郎          | 生年月日        | 昭和30年1月1日         | 職業        | 無職   |      |
|              | 個人番号    | 0000 0000 0000 |             |                   |           |      |      |
|              | 手帳番号    | 山形県第99999号     | 障害名         | じん臓機能障害           | 等級        | 1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   |      |
|              | 妻       | 南陽 花子          | 60          | 無                 | ※ 有 ・ 無   |      |      |
|              | 長男      | 南陽 一郎          | 35          | 会社員               | ※ 有 ・ 無   |      |      |
|              |         |                |             |                   | ※ 有 ・ 無   |      |      |
| 医療機関名        | 置賜総合病院  |                | 所在地         | 川西町大字西大塚2000      |           | 通院距離 | 30km |
| 通院方法         | 当初      | 順路             | 通院方法の別      | 区 間 (距離)          | 通院交通費(片道) |      |      |
|              |         | 1              | バス          | 南陽病院～総合病院         | 200 円     |      |      |
|              |         | 2              | 自家用車        | 自宅～総合病院           |           |      |      |
|              | 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  | 13 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。

# 記載の仕方

様式第4号

## 南陽市人工透析通院報告書

本人記入欄

令和 年 月 日

住 所

氏 名

下記のとおり人工透析治療のため医療機関へ通院したことを報告します。

病院・医師記入欄

記

|      |    |    |    |    |    |    |
|------|----|----|----|----|----|----|
| 対象月  | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 通院回数 | 回  | 回  | 回  | 回  | 回  | 回  |

|      |     |     |     |    |    |    |
|------|-----|-----|-----|----|----|----|
| 対象月  | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 通院回数 | 回   | 回   | 回   | 回  | 回  | 回  |

上記のとおり人工透析治療のため当院へ通院したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 住 所

名 称

取扱担当者名