様式第１号（第５条関係）

伯耆町病院交通費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

　伯耆町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

　伯耆町病院交通費助成金交付要綱第５条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | | | | |  | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | |  | | | | | | |
| 利用区間 | | | | | から | | | | | | |
| 利用月 | | | | | 年　　　　　月 | | | | | | |
| 利用回数 | | | | | 行き | | | | | | 回 |
| 帰り | | | | | | 回 |
| 助成金交付申請額 | | | | | 円 | | | | | | |
| 振　込　先 | 銀行  　　　　　　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　　　　　　農協 | | | | | | | | | 支店　　　　　　代理店  　　　　　　支所　　　　　　出張所 | |
| 種目 | 口座番号 | | | | | | | | 口座名義人氏名 | |
| 普通  当座 |  |  |  | |  |  |  |  | フリガナ | |
|  | |

様式第２号（第５条関係）

人工透析療法通院証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所  氏名 | | |
| 人工透析療法医療日確認欄 | | | |
| 月 | | 月 | 月 |
| 日間 | | 日間 | 日間 |
| 備考 | | | |
|  | | | |

　　　　年　　月　　日

　上記の者は、当医療機関において、上記の日数通院したことを証明します。

医療機関名

医師名　　　　　　　　　　印