様式第１号（第５条関係）

記入例（人工透析）

伯耆町病院交通費助成金交付申請書

平成29年4月〇日

　伯耆町長　様

申請者　住所　　**伯耆町○○**

 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 | 　○○病院 |
| 医療機関所在地 | 　米子市○○ |
| 利用区間 | 伯耆町○○　から　米子市○○ |
| 利用月 | 平成　29　年**〇**月 |
| 利用回数 | 行き | 5　　　　　回 |
| 帰り | 5　　　　　回 |
| 助成金交付申請額 | 3,000　円　　　実費（3,000円/月が上限） |
| 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 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | フリガナ　マルマル　マルマル |
| 　　　　　 ○○　○○ |

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　　**伯耆町○○○○**氏名　　**○○　○○** |
| 人工透析療法医療日確認欄 |
| **〇**月 | 月 | 月 |
| **〇**日間 | 日間 | 日間 |
| 備考 |
| 　 |

　　　　平成**〇**年**〇**月**〇**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　**○○病院**

医師名　**○○　○○**　　　印