様式第１号（第５条関係）

記入例（出産時）

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 | １　　　　　回 |
| 帰り | 回 |
| 助成金交付申請額 | 10,000　円　　　 |
| 振　込　先 | 　　　　　　　　　　　　銀行　　○○○○　　　　 信用金庫　　　　　　　　　　　　農協 | 実費（10,000円/回が上限）○○○　　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 |
| 　　　　　 ○○　○○ |