

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

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