

# 記入例（出産時）

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

令和〇年〇月〇日

伯耆町長 様

申請者 住所 伯耆町〇〇  
氏名 〇〇 〇〇

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	〇〇病院		
医療機関所在地	米子市〇〇		
利用区間	伯耆町〇〇 から 米子市〇〇		
利用月	令和 〇 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	〇〇〇〇	銀行	〇〇〇 支店
		信用金庫	支所 出張所
		農協	
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
			〇〇 〇〇

実費（10,000円/回が上限）