

人工透析患者通院費助成金交付申請書

年 月 日

大山町長 様

申請者 住所  
氏名

大山町人工透析患者通院費助成金交付規則第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

助成金交付申請額	円			
交通手段	自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他( )			
※利用交通機関等内訳				
順路	利用交通機関	区間(経路)	運賃	備考
1		から	円	
2		から	円	
3		から	円	
4		から	円	
5		から	円	
合計			円	

添付書類：領収書(タクシー利用の場合のみ)

<医療機関証明欄>

通院の期間及び日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)
-----------	---------------------

年 月 日

上記の者は、当医療機関において人工透析法による治療を受けるため、上記の日数通院したことを証明します。

医療機関名及び  
その所在地

担当医師名

印

(担当医師の氏名を自署する場合には、押印の省略可)