

様式第1号(第5条関係)

|                            |               |                        |          |                  |           |
|----------------------------|---------------|------------------------|----------|------------------|-----------|
| 人工透析患者通院交通費補助金受給資格認定申請書    |               |                        |          |                  |           |
| 年 月 日                      |               |                        |          |                  |           |
| 相 馬 市 長                    |               |                        |          |                  |           |
| 申請者 住 所<br>氏 名             |               |                        |          |                  |           |
| 受給者                        | 氏 名           |                        | 生年月日     |                  |           |
|                            | 住 所           |                        | 職業又は勤務先名 |                  |           |
|                            | 身障手帳<br>交付年月日 |                        | 障害程度     | 1級               |           |
|                            |               |                        |          |                  |           |
| 通院療<br>す機<br>関             | 医療機関名         |                        |          |                  |           |
|                            | 所 在 地         |                        |          |                  |           |
|                            | 通 院 回 数       | 日ごとに 回<br>週に 回 又は 月に 回 |          |                  |           |
| 通<br>院<br>交<br>通<br>手<br>段 | 順路            | 交 通 機 関                | 区        | 間(経路)            | 通院交通費(片道) |
|                            | 1             |                        |          |                  | 円         |
|                            | 2             |                        |          |                  | 円         |
|                            | 3             |                        |          |                  | 円         |
| 1往復当たりの<br>通 院 交 通 費       |               | (1+2+3)×2<br>円         |          | 通院交通費<br>所 要 月 額 | 円         |

(注)これ以下は記入しないでください。

|                    |             |     |       |     |     |
|--------------------|-------------|-----|-------|-----|-----|
| 受給資格<br>審査結果       | 該 当 ・ 非 該 当 |     | 非該当理由 |     |     |
| 決<br><br><br><br>裁 | 所 長         | 主 幹 | 係 長   | 係 員 | 起案者 |
|                    |             |     |       |     |     |