

様式第9号

年度 十日町市人工透析者通院費助成申請書

年 月 日

十日町市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

十日町市重度障がい者交通費助成事業実施要綱第6条第1項第4号の規定により、通院費の助成を受けたいので、下記により申請します。

記

認定No.		
通院医療機関名		
受診月		年 月分から 年 月分
振 込 先	金融機関名	銀行・信組 信金・労金 農協 支店
	口座番号	(普通・当座)
	フリガナ (必須)	
	口座名義人	

* 振込先の口座名義は申請者本人に限ります。

<添付書類>

- 1 受診月に発行された医療機関の受領証
- 2 認定通知書