

様式第1号（第4条関係）

松野町人工透析患者等通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

松野町長 様

住 所  
申請者  
氏 名

下記のとおり松野町人工透析患者等通院交通費助成金の交付を受けたいので申請します。  
なお、助成要件確認のため、松野町が私の通院の状況等について医療機関へ確認することに同意します。

記

1 申請内容

身体障害者 手帳番号	愛媛県 第 号 ( 昭和 年 月 日交付)
等級	種 級
医療機関名	
医療機関所在地	
通院方法	1 鉄道、路線バス等の公共交通機関 2 自家用自動車 3 その他 ( )
通院日数	週 日

2 助成金の振込先

金融機関名 (支店・支所名)	口座番号	ふりがな 口座名義
銀行 農協 ( 支店・支所)	普通・当座	