

様式第1号(第2条関係)

人工透析患者通院交通費助成金受給資格認定・変更申請書

令和 年 月 日

南会津町長

申請者氏名



申請者	住所		性別	
	生年月日		職業又は勤務先名	
	身体障害者手帳 交付年月日		等級	種級
医通 療院 機す 関る	医療機関名			
	所在地			
	通院回数 週に 回又は 日ごとに 回 月 に 回			
通院 交通 手段	順路	交通機関	区間(経由)	通院交通費(片道)
	1			円
	2			円
	3			円
1往復あたりの 通院交通費	(1+2+3) × 2 円		希望する 支払方法	口座振替
			金融機関 名	口座番号

(注)これ以下は記入しないでください。

受給資格審査結果

受給資格審査結果
