

(様式第1号)

信濃町人工透析患者等通院費助成金支給申請書

平成 年 月 日

信濃町長 様

住所 信濃町大字
(申請者)
氏名

印

下記のとおり通院したので、通院費助成金を支給してください。

1	患者氏名			
2	通院している病院名			
3	通院回数及び方法	____月から____月まで合計____回		
4	助成金申請額	通院回数 1回当り 申請額 ____回 × 500円 = _____円		
5	金融機関名	支店名	口座番号	名義人
	銀行 金庫 農協	支店 支所	普通・当座	

申請書及び通院証明書は、年3回(4～7月・8～11月・12～3月)に分けて提出して下さい。