様式第１号（第４条関係）

|  |
| --- |
| 通院交通費補助金受給資格認定申請書年　　月　　日　　北塩原村長　様申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　） |
| 申　　　請　　　者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 身体障害者手帳番号 | 　　　　　 | 身体障害者手帳交付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関通院する | 医療機関名 | 　 |
| 所在地 | 　〒 |
| 通院日数 | 週に　　回又は | 日ごと　　回月 に 　　回 |
| 通院交通手段 | 順　　　路 | 交通機関 | 区間（経路） | 通院費（片道） |
| ① | 　 | 　 | 円 |
| ② | 　 | 　 | 円 |
| ③ | 　 | 　 | 円 |
| １往復当たりの通院費 | （①＋②＋③）×２＝　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関 | フリガナ |  |
| 支店（所） | 名義人 |  |
| 口座番号 |

注　身体障害者手帳及び口座の情報等が確認できる通帳の写しを添付してください。