

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				
北塩原村長 様				年 月 日
申請者 氏 名)
(電話番号				
申 請 者	ふりがな			生 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
通院する 医療機関	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		$(①+②+③) \times 2 =$ 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。