

(第1号様式)

特定疾患患者及び保護者通院費認定申請書

令和 年 月 日

大樹町長 酒 森 正 人 様

申請者住所 大樹町
氏名

特定疾患患者等の通院費の助成を受けたいので通院証明書を添付の上申請します。

特定疾患患者	住 所	大樹町			
	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日	
	適 用 要 件	病 名			
		通 院 期 間 及 び 回 数	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (回)		
		医 療 機 関 名			
医 療 機 関 住 所					
保 護 者 (介 護 者)	住 所				
	氏 名	(歳)			
	患 者 と の 関 係				
利用する交通 機 関 と そ の 費 用	(自動車)	駅より	駅まで 片道	円－往復 円	
	(バス)	停留所より	停留所まで 片道	円－往復 円	
	乗車賃合計	円	回分	円 名分	
		円×1/2＝		円	
	通院費助成申請額 _____ 円				
備 考	金融機関名	口座番号			