

様式第 1 号(第 3 条関係)

人工透析通院助成費支給申請書

年 月 日

村 上 市 長 様

申請者

住 所 村上市

氏 名 ㊟

(対象者との続柄 )

次のとおり、通院助成費の支給を申請します。

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生
	住所	村上市			
	身体障害者手帳番号・等級	第 号 級			
通院状況	医療機関名				
	通院回数				
	自宅からの距離	K m			
振込指定金融機関	銀行・信組	本店・支店	預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)	
	信金・農協 労金・漁協	本所・支所 出張所			
口座名義人	(フリガナ) -----				
審査結果	年 月 日 認定・不認定 ( 年 月分から支給 )				

(注) 審査結果については、記入の必要はありません。