通院交通費助成金受給資格者認定申請書

年　　月　　日

　福島市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（受診者） | 氏名 |  |
| 住所 | 福島市 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 職業又は勤務先名 |  |
| 電話番号 |  |
| 身体障害者手帳交付年月日 | 年　　月　　日 | 等級 | 級　　　 |
| 通院医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 通院回数 | 週に　　　回　又は　　　月に　　　回、　　　日ごとに　　　回 |
| 通院交通手段 | 順路 | 交通機関 | 区間（経路） | 通院交通費（片道） |
| １ |  |  | 円 |
| ２ |  |  | 円 |
| ３ |  |  | 円 |
| １往復当たりの通院交通費（１＋２＋３）×２ | 円 |
| 支払希望金融機関 | 銀行 金庫 組合  | （フリガナ）口座名義 |  |
| 本店 支店・支所 出張所  | 預金種別 | １　普通　　２　当座 |
| 口座番号 |  |

※通院交通手段が、タクシーの場合には、その理由について下記に記入してください。

　通院交通手段として、タクシーを利用する理由は、

※申請者（受診者）と申請書の提出者が異なる場合には、下記についても記入してください。

　　　　　　　　　住所

提出者　　　　　氏名

　　（窓口に来られた方）　電話番号　　　　　　（　　　　　）