

通院交通費助成金受給資格者認定申請書

年 月 日

透析を受けている方について記入

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
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日当たりの通院交通費 (1 + 2 + 3) × 2			円
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		

通院している
医療機関につ
いて記入

電車・バス・自家用車・タクシーのいずれかを記入。
乗継等により複数ある場合は、順路2及び3に記入

申請者（受診者）名義の口座を記入
通帳の写しを添付してください

※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、

この欄には申請者の方がタクシーで通院しなければならない理由を記載してください。

- 例) ○高齢により乗り降りを含む歩行が困難。介助者が必要。 ○バス、電車の便がない。
○自宅から最寄の停留所、駅まで離れている。 ○家族の仕事の都合で自家用車で送迎が困難。
○自家用車を所有していない。家族が運転免許を所持していない。

※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 _____
(窓口に来た書類の提出者が、申請者でない場合は記入)