

難病患者等通院費助成金交付申請書

年 月 日

長沼町長 様

長沼町第 区
申請者 印

長沼町難病患者及び人工透析患者通院費の助成に関する要綱の規定に基づき、通院費の交付を申請いたします。

記

1 医療機関受診状況

医療機関名	受診回数	1回当たりの交通費	交通費合計
合 計			(A)

2 運賃割引額 _____ 円 (B)

3 道補助金額 _____ 円 (C)

4 助成金申請額 _____ 円

〔((A)-(B)-(C)) × 1 / 2 の額、10円未満切捨て〕

5 助成金振込先等

金融機関名 _____

口座番号 _____

口座名 _____