

通院交通費補助金受給資格認定申請書

年 月 日

会津坂下町長 殿

申請者氏名 ㊟

申請者	住所			性別	
	生年月日		職業又は勤務先名		
	身障手帳 交付年月日		等級		
通院医療 する機 関	医療機関名				
	所在地				
	通院回数	週に	回又は	日ごとに 月に	回 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		$(1 + 2 + 3) \times 2$		希望する 支払方法	窓口払 其他 口座振替 ( )
		円			

通 院 証 明 書

人工透析患者	氏 名	
	住 所	
人工透析開始年月日	年 月 日	
透析を必要とする回数	週に 回又は	日ごとに 回 月に 回
当該患者の透析時間帯	時 分頃から	時 分頃まで
備 考		

上記のとおり、人工透析のため、当院へ通院する必要があることを証明する。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

印