

通院交通費補助金受給資格認定申請書									
会津坂下町長					殿		年 月 日		
申請者氏名 ㊟									
申請者	申	住 所						性別	
	請	生 年 月 日				職業又は勤務先名			
	者	身 障 手 帳 交付年月日				等 級			
通医療 院療す機 関る関	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) × 2 円				希望する 支払方法		窓 口 払 その他 口座振替 ()	

(注) これ以下は、記入しないでください。

受給資格審査結果					
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員	