|  |
| --- |
| **人工透析患者市外医療機関通院交通費助成金　交付申請書** |
| 西海市長　様 | 申請日　　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 氏　名 |  | 連絡先 |  |
| 住　所 |  |
| 助成対象者との続柄 | □本人　□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏　名 | □申請者欄に同じ |
| 住　所 | □申請者欄に同じ |
| 在宅の確認 | □在宅　□施設入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請内容 | 身体障害者手　帳 | 番　号 | 長崎県第　　　　　　号 | 等級・程度 |  |
| 障害名 | じん臓機能障害 |
| 通院医療機　関 | 受診年月 |  |
| 名称 | 医療機関による送迎□有　・　□無　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金振込先 | □新規　□変更　□前回と同じ※新規又は変更の場合には、以下にご記入いただくか通帳の写しを添付してください。 |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | □普通□当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 | □審査にあたり助成対象者及び助成対象者の属する世帯の世帯員の市税の納付状況その他の審査に必要な事項について市が確認することに同意のうえ申請します。 |

処理欄（こちらの欄には記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 他サービス確認 | 助成利用券 | □なし　□あり | 助成金額算定 | 37円／km×　　　km＝　　　　　円／回 |
| 外出支援サービス | □なし　□あり | 　　　　　円／回×　　　回＝　　　　　円 |
| 介護タクシー | □なし　□あり | （上限2,500円） |
| 納税状況確認 | 滞納 | □なし　□あり | 助成決定額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |