

様式第2号（第7条関係）

枝幸町人工透析患者通院交通費助成請求書

年 月 日

枝幸町長 様

枝幸町人工透析患者通院交通費助成規則の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり請求します。

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	印
請求月	年 月分	
請求額	円	
金融機関名	銀行・信金 農協・漁協 店	
	ゆうちょ銀行（ゆうちょ銀行の場合には通帳が必要です）	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

添付書類 ・ 枝幸町人工透析患者通院交通費助成通院証明書(様式第3号)  
 ・ ハイヤー利用領収書  
 (領収書が無い場合には、助成できませんのでご注意願います)

※以下は記入しないでください。

※通院日数	日	※ハイヤー利用回数	回
円×	回＝	円	
円×	回＝	円	
円×	回＝	円	<b>【助成決定額】</b>
円×	回＝	円	・ 上限額適用 25,000円
	合計	円×1/2＝助成額	円