

第1号様式（第4条関係）

人工透析患者通院交通費助成申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり通院に係る交通費の助成を申請します。

人工透析患者	住 所	上越市												
	氏 名					生年月日		年 月 日						
	個人番号					—					—			
人工透析治療 受診医療機関	名 称													
通 院 手 段 （複数可）	☐ タクシー ☐ 自家用車 ☐ 路線バス ☐ 電車 ☐ 福祉有償運送 ☐ その他（ ）													
自宅からの 通院距離	片道	k m				通院回数		週 回						
助成対象期 間内の通院 距離の変更	☐ あり ☐ なし	<u>※ある場合のみ記入</u> 理由： ☐ 市内の転居 ☐ 転院 ☐ その他（ ） 変更月日： 月 日 変更前の通院距離： 片道 k m												
通院しなかつ た期間	☐ あり ☐ なし	<u>※ある場合のみ記入</u> 月 日 ～ 月 日（理由： ） 月 日 ～ 月 日（理由： ）												
振込希望金融 機関	銀行・信金・信組・農協				☐ 普通		口座番号							
	本店 支店				☐ 当座		ふりがな							

承 諾 欄

人工透析患者通院交通費の助成の可否を審査するため、市の職員が行う以下の事項について承諾します。

ア 人工透析患者本人及び世帯全員の課税内容について調査すること。

イ 通院状況について医療機関に照会すること。

人工透析患者氏名

備考

- 1 アに承諾しない場合又は個人番号を記入しない場合は、所得課税証明書又はその写しを添付してください。
- 2 イに承諾しない場合又は第4条の表に掲げる医療機関以外に通院した場合は、通院証明書を添付してください。

※以下の欄には記入しないでください。

通院距離	助成単価（A）	通院した週（B）	助成金額（A×B）
k m	☐ 640円（～10km未満） ☐ 800円（10～20km未満） ☐ 960円（20km～）	週	円