

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 _____

ふりがな
氏 名 _____

（人工透析患者との関係 _____）

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												
	ふりがな 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）	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 路線バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 福祉有償運送 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）													
自宅からの 通院距離	片道	k m			通院回数	週			回					
年度内の通 院距離の変 更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<u>※ある場合のみ記入</u> 理由： <input type="checkbox"/> 市内の転居 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号									
	本店		支店		ふりがな 口座名義人									

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	<input type="checkbox"/> 600 円 (～10km 未満) <input type="checkbox"/> 750 円 (10～20km 未満) <input type="checkbox"/> 900 円 (20km～)	週	円