

知名町臓器機能障害者等旅費助成金交付申請書

年 月 日

知名町長 様

申請者 住 所 知名町大字
氏 名
電話番号

知名町臓器機能障害者等旅費助成金交付要綱の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

入院・通院した者の氏名		生 年 月 日	
住 所			
入 ・ 通 院 月 日			
交 通 手 段	航空機・船舶	宿 泊 日 数	泊
振 込 希 望 先	金 融 機 関 名		
	支 店 ・ 支 所 名		
	口 座 種 別 ・ 番 号		
	(フ リ ガ ナ)		
	口 座 名 義 人		

※以下は記入しないで下さい。

航 空 賃				円
船 賃				円
鉄 道 賃				円
車 賃				円
宿 泊 料				円
受付年月日	年 月 日	助成金額	円	
町税等収納状況	滞納無 ・ 滞納有	税務担当者印	印	
助 成	該当 ・ 非該当	決裁年月日	年 月 日	
備 考				

様式第2号（第4条関係）

臓器機能障害者等入院・通院証明書

住所	知名町	氏名	
上記の者については、次のとおり下記目的のため、当院に入院したことを証明する。 (入院期間又は受診日に管理者又は医師の確認印を押してください。)			
入院及び診察内容			
入院開始年月日	年 月 日	入院期間	日間
備考			
年 月 日			
医療機関名			
管理者又は医師氏名 印			