様式第１号（第４関係）

年　　月　　日

　西和賀町長　様

申請者　住　所

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電　話　　　　（　　　　）

　　　西和賀町人工透析患者通院交通費助成金交付申請書兼請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 住所 | | 西和賀町 | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | 年　　月　　日 | | | | 生 |
| 手帳番号 | | 岩手県第 | |  | 号 |  | | 級 | |
| 障がい名 | |  | | | | | | | |
| 通院先 | | | 所在地 | | | | | | | |
| 病院名 | | | | | | | |
| 交通手段  該当する番号に〇 | | | １　自家用車　２　タクシー　３　バス　４　その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| 通院交通費（片道） | | | 円 | | | | | | | |
| 通院回数 | | | 週　　　　回　　　又は　　　月　　　　回 | | | | | | | |
| 透析開始日 | | | 年　　　月　　　日から | | | | | | | |
| 振込先 | | 口座名義人 | |  | | 金融機関 | | 店 | | |
| 口座番号 | |  | | 預金種別 | |  | | |

（同意事項）

　西和賀町人工透析患者通院交通費助成事業の実施にあたり、下記事項について照会を行う

ことについて同意します。

□　医療機関に対し、通院の有無についての照会

□　西和賀町税務担当課に対し、本人及び同一世帯員の所得課税状況についての照会

□　西和賀町福祉担当課に対し、重度心身障がい者医療費給付事業に係る医療機関等診療報酬明細書についての照会

（記入上の注意）

公共交通機関を利用した場合の通院交通費は障がい者割引を適用した金額で記入すること。

町内で住所変更をした場合は再度申請書を提出すること。