様式第１号（第５条関係）

大田原市人工透析者通院燃料費助成申請書

年　　月　　日

大田原市長　　　　　　　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　（　　　　－　　　　　　　）

大田原市人工透析者通院燃料費助成事業実施要綱第５条の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　年　　　月　　　日 |
| 自家用自動車登録番号 |  |
| 医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 通院開始日 | 年　　月　　日 |
| １週当たりの通院回数 | 回 |
| 通院距離（片道） | キロメートル（助成対象距離は３０キロメートルを上限） |

私の市税等の納付状況について市が調査することに同意します。

氏名　　　　　　　　　㊞

（市記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象年間通院距離(Ａ)（往復×週２回×　　週） | キロメートル | 助成額（Ａ×１０円） | 円 |

|  |
| --- |
| 経路図 |