

様式第5号（第7条関係）

年 月 日

大田原市長 様

支給決定者
住 所
氏 名
電話番号

大田原市人工透析通院燃料費助成金支給停止届

月 日付け大田原市指令 第 号で支給の決定を受けた助成金については、入院等により通院しないため、大田原市人工透析通院燃料費助成金支給事業実施要綱第7条第4項の規定により次のとおり届け出ます。

対 象 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
停 止 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
停 止 理 由		

市記入欄

当初年度間通院週数	停止期間週数	助成対象年度間通院週数
週	週	週
助成額計（通院距離×往復×週2回×__週×10円）		円