

年 月 日

浜田市長 様

住所
氏名

人工透析患者・精神障害者通院交通費助成金交付申請書

浜田市人工透析患者及び精神障害者通院交通費助成金交付要綱第7条の規定に基づき、 年 月 日から 年 月 日までの通院状況を下記のとおり報告し、助成金の交付を申請します。

記

- 1 助成金交付申請額 円
- 2 通院方法

交通機関名	区 間	運賃料金(片道)	利用日数
		円 (助成額： 円)	日
		円 (助成額： 円)	日
		円 (助成額： 円)	日
		円 (助成額： 円)	日

※添付書類：通院証明書

<市記入欄>

助成額	日数	助成合計額
円	日	円