様式第１号（第５条関係）

長崎県透析患者通院交通費助成事業申請書

長崎県知事　　様

令和　　年　　月　　日

申請者住所　〒 　 -

氏名

（電話番号　　 　-　 　 　-　　　　）

　関係書類を添えて次のとおり通院交通費の助成を申請します。

　また、次のことについて同意します。

・偽りや不正な手段等により助成金を受けていると判明した場合には返還の義務があること

・審査にあたり、助成対象者及び助成対象者の属する世帯員の市町村民税の納付状況や所得状況、

通院状況等、審査に必要な事項について県が市町など他の自治体や医療機関へ照会すること

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 申請者住所 | 〒 |
| 在宅の確認 | □在宅　□施設入所（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院医療機関名 |  | 医療機関による送迎□有　・　□無 |
| 申請額　　金　　　　　　　　　円　　※別紙により算出した金額を記載すること |
| 振込先 | 金融機関名 | （銀行・金庫・農協）　　　　　（本店・支店・出張所） |
| 預金種別 | □普通□当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

 ※申請書記入者が申請者と異なる場合は以下に記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書記入者名 |  | 申請者との続柄 |  |
| 申請書記入住所 |  |
| 電話番号 |  |

〈添付書類〉

　　・通院証明書（様式第２号）　・身体障害者手帳の写し　・支払証明資料（別紙）

　　・自立支援医療受給者証の写し　・振込先口座の通帳の写し

（自立支援医療費受給者証を保有していない場合）

・助成対象者の属する世帯の全員の住民票の写し ・市町村民税所得課税証明書