

障害者等交通費補助金支給申請書

年 月 日

安芸高田市長 様

申請者 住 所 安芸高田市 町

氏 名 ⑩ 支給対象者との続柄

連絡先

この補助金を次により支給されるよう申請します。

支 給 対 象 者	ふりがな				
	氏 名			性別 男・女	
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	安芸高田市	町	番地	
	手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	第 号 (級 種) 障害名:		
		<input type="checkbox"/> 療育手帳	広島県 第 号 (障害程度)		
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	広島県 第 号 (級)		
		<input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)	受給者番号 :		
		<input type="checkbox"/> 広島県小児特定疾患治療研究事業対象疾患	疾患名		
		<input type="checkbox"/> 広島県特定疾患治療研究事業対象疾患	疾患名		
	目的	<input type="checkbox"/> 腎臓機能障害を有し、かつ、血液透析療法を受けるため <input type="checkbox"/> 障害の更生のため <input type="checkbox"/> 治療のため			
	通院内容	毎週 月・火・水・木・金・土・日		1ヶ月 回程度	
	交通機関 通院の行程 (区間)	~	~	~	~
片道の運賃	円	円	円	円	
介護者・保護者の有無					

医 療 機 関 通 院 証 明 書	
上記の者は、当医療機関において、上記目的のため定期的に通院していることを証明いたします。	
年 月 日	
医療機関名	
担当医師名	⑩

※補助金支給決定は申請書を受付けた日の属する月分からとなります。
 ※通院先など申請内容を変更する場合は変更届を速やかに提出していただくをお願いします。
 ※手帳等の状況がわかる書類を添付してください。