第３号様式（第５条関係）

人工透析通院費助成認定申請書

年　　月　　日

阿賀野市長　様

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

次のとおり、人工透析通院費助成の支給認定を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">対象者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">通院医療機関名</td><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>通院方法</td><td colspan="2">□自家用車（片道　　km）
□タクシー</td><td>通院回数</td><td colspan="2">月・週
回</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振込指定機関
※自家用車のみ記入</td><td>金融機関名</td><td colspan="2"></td><td>支店名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2"></td><td>口座名義人</td><td colspan="2">ﾌﾘｶﾞﾅ</td></tr>
</table>