様式第６号（第９条関係）

年　　月　　日

　大田原市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

大田原市人工透析者通院燃料費助成請求書

　　　　　年　　　月　　　日付けで決定のあった大田原市人工透析者通院燃料費助成事業による助成金について、次のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 年間通院距離　　　　　　　　　　　キロメートル × １０円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） |  |