

年 月 日

大田原市長 様

支給決定者  
住 所  
氏 名  
電話番号

大田原市人工透析通院燃料費助成金変更申請書

年 月 日付け大田原市指令 第 号で支給の決定を受けた助成金について、次のとおり内容を変更したいので、大田原市人工透析通院燃料費助成金支給事業実施要綱第7条第1項の規定により申請します。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日

変更内容（変更事項のみ記入してください。）

変 更 日	年 月 日
変 更 理 由	・転居 ・医療機関の変更 ・その他（ ）
居 住 地	
医 療 機 関 名	
医 療 機 関 所 在 地	
通 院 距 離 （ 片 道 ）	キロメートル

市記入欄

変更前助成対象年度間通院距離（B） （通院距離×往復×週2回×__週）	キロメートル	助成額 （B×10円）	円
変更後助成対象年度間通院距離（C） （通院距離×往復×週2回×__週）	キロメートル	助成額 （C×10円）	円
合計			円