

年 月 日

大田原市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号
(対象者との続柄)

大田原市人工透析通院燃料費助成金支給申請書

助成金の支給を受けたいので、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5条の規定により、次のとおり申請します。なお、支給要件の審査のため、対象者の市税等の納付状況について、市が調査することに同意します。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	自家用自動車登録番号	
医療機関	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	通 院 開 始 日	年 月 日
	1 週当たりの通院回数	回 (通院回数は2回を上限とする。)
	通 院 距 離 (片 道)	キロメートル (助成対象距離は30キロメートルを上限とする。)

市記入欄

助成対象年度間通院距離 (A) (通院距離×往復×週2回×__週)	キロメートル
助成金の額 (A×10円)	円