

様式第 1 号 (第 4 条関係)

人工透析患者通院費助成金交付申請書

年 月 日

新温泉町長 様

住 所 新温泉町

氏 名 ㊟

新温泉町人工透析患者通院費助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

助 成 金 額	円
通 院 医 療 機 関 名	
通 院 期 間	年 月～ 年 月 (か月分)
備 考	

次のとおり金融機関に振り込みしてください。

振込金融機関	1. 但馬銀行	支店	預金種別	普通・当座
	2. 但馬信用金庫	支店	口座番号	
	3. 鳥取信用金庫	支店	(フリガナ)	
	4. たじま農協	支店		口座名義人
5. なぎさ信漁連	但馬支店			
6.				