

様式第 1 (第 6 条関係)

和寒町救急外来受診時交通費助成金交付申請書

年 月 日

和寒町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

(電話 ー)

和寒町救急外来時交通費助成金事業実施要綱第 6 条の規定により、交通費の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 医療機関を受診した者

氏名		生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
住所	和寒町字		続柄	
医療機関名		利用 区分	該当する項目に○をつけてください。 1 診療時間外の医療機関受診 2 救急車・ドクターヘリによる搬送 3 その他	
受診日	年 月 日 ()			

2 助成対象費用の内訳

乗り場	降り場	ハイヤー等運賃 (A)	※町使用欄	
			基準額 (B)	助成額 AかBのい ずれか少ない額
合計				

3 添付書類

- (1) ハイヤー等の領収書
- (2) 町立診療所の診療時間外に医療機関を受診したことを証明できるもの
(診察券、診療明細書、診療費領収書、医療機関駐車場領収書など)
- (3) 請求兼口座振替払依頼書

和寒町救急外来受診時交通費助成金
請求兼口座振替払依頼書

令和 年度 和寒町救急外来受診時交通費助成金を請求し、下記金融機関の口座
に振込頂きたく、依頼致します。

記

- 1 和寒町救急外来受診時交通費助成金 _____円
- 2 振込先金融機関の情報

振 込 先	金融機関名 (○印を付してください)	北星信用金庫和寒支店						
		北ひびき農業協同組合和寒支所						
	(フリガナ)	()						
	口座名義人	(通帳どおりに記入)						
口座種別・番号 (○印を付してください) (口座番号は右詰で記入)	普通							
	組勘							
	当座							

和寒町長 様

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)