

令和 年 月 日

板倉町長 様

申請者住所
氏名 印
対象者との続柄
電話番号

令和7年度腎臓機能障害者等通院交通費補助金交付申請書

板倉町腎臓機能障害者等通院交通費補助金の交付を受けたいので次のとおり申請します。

なお、この申請に係る内容確認及び適否決定のため、通院医療機関への内容照会及び住民登録等について調査確認をすることを承諾します。

1 対象者等

氏 名 等	(男 ・ 女)
住 所	板倉町
身障手帳番号	第 号 年 月 日交付
医 療 機 関 名	
医療機関所在地	

2 通院の方法等

通院方法		区 間	距離・運賃	備考
交通機関	鉄道・バス	—	往復 円	
	鉄道・バス	—	往復 円	
病院による送迎		自宅－病院	月額 円	
自家用自動車		自宅－病院	往復 km	

2つ以上の方法で通院している場合は、通院日数の多い通院手段を選択してください。

3 令和7年度（令和7年4月から令和8年3月）における通院の期間（見込み）

令和 年 月 ～ 令和 年 月

※上記の通院期間中に入院がある場合は、入院期間をご記入ください。

令和 年 月 ～ 令和 年 月

4 補助金の振込先

金融機関名	銀行・農協・金庫
金融機関支店・支所名	支店・支所
預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）
口座番号	
フリガナ 口座名義者（対象者）	

注1 記載事項に誤りがあると、口座振込ができなくなりますのでご注意ください。

医 療 機 関 証 明 書	
受 診 者 氏 名	
医療給付の種類	人工透析療法 ・ 中心静脈栄養法 ・ 経腸栄養療法
上記医療給付の開始日	年 月 日
通院の日数（見込み）	年間 日 ※令和7年4月1日より令和8年3月31日まで
病院送迎利用の有無	有 ・ 無
送迎料金（負担金）	（ 月額・日額 ） 円
備 考	
上記のとおり証明いたします。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名 称	
印	

※ 以下は記入しないでください。

調査欄	現年度分市町村民税	課税 ・ 非課税
	通院距離	往復 km
	支給決定額	月額 円