別記様式(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交　通　費　助　成　申　請　書 | | | | | |
| 住所 | | 広尾郡広尾町 | | | |
| 世帯主 | |  | | 電話番号 | |
| 患者名  (児童名) | | (　　　　　歳) | | 介護を必要としたときの保護者氏名  (　　　　　歳) | |
| 対象施設及  び医療機関 | |  | | | |
| 通園・通院  区分 | | 通　院　　　　　　　　　　　　　　　通　園 | | | |
| 通園・通院  期間 | | 年　　　月　　　日　　から　　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | |
| 利用する  交通機関と  その費用等 | | 鉄道　　　　　　　駅より　　　　　　　　　　　　駅まで　　　　　　往片　　　　　　　　　　円  バス　　　　　　　停留所より　　　　　　　　　停留所まで　　　往片　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　乗車賃　　　　　　　　　　円　　　　 　　　　回分　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 上記のとおり治療又は療育訓練のため交通費を要したので通園・通院証明書等を添付の上、交通費の助成を願いたく申請します。    　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  住　　所　広尾町  申請者　氏　　名  　　広尾町長　　様 | | | | | |
| 前回の振込口座と同じ場合はこちらにチェック　→　□　（下記に記入不要）  ※ 初めて申請する場合、前回と振込口座を変更する場合は、下記に記入し通帳の写し等を添付してください。 | | | | | |
| 金融機関名 |  | | 口座番号 | |  |
| 支店 | | 名義氏名(カタカナ) | |  |

同意書　　助成金決定のために必要があるときは、私及び私の被扶養義務者等の町税、都市計画税

及び国民健康保険税の納付状況について、町長が税務関係当局に報告を求めることに

同意します。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印