

別記様式（第4条関係）

千曲市腎臓機能障害者通院扶助費支給申請書

年 月 日

千曲市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号 — —

下記のとおり通院したので、じん臓機能障害者通院扶助費の支給を申請します。

記

通院している病院名				
通院している病院の住所				
通院した月 ※通院した月に○をしてください。		年 4月、5月、6月、7月、8月、9月、10月、 11月、12月、 年 1月、2月、3月		
振込先口座	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※市使用欄 通院扶助費算出内訳

通院距離 (自宅から病院までの片道の直線距離)	通院月数	通院扶助費支給額
5 km未満	3,000 円	月 円
5 km以上 10 km未満	4,000 円	月 円
10 km以上	6,000 円	月 円