

腎臓透析治療通院交通費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

申請者 住 所 安曇野市

氏 名 ㊟

(続 柄)

次のとおり、安曇野市腎臓透析治療通院交通費助成事業による助成金の交付を申請します。

対象者	住所	安曇野市		電話	()	
	氏名	生年月日			年齢	
		大正 昭和 平成			年 月 日	歳
身体障害者手帳	第 号	交付年月日		等 級		
		年 月 日	腎臓機能障害 級			
通院医療機関	医療機関名					
	住所					
通院距離	1往復当たり km (自宅⇒病院⇒自宅)					
通院期間	年 月 日から 年 月 日まで					
<p>腎臓透析治療通院交通費助成金交付の決定に必要なときは、関係職員に私の住民登録状況、市民税課税状況等の照会及び閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: right;">対象者氏名 ㊟</p>						

交付を取り消され、又は交付する額を超える助成金が交付されたため、助成金の返還を求められたときは、納期日までに納付します。

なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付した額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。