

伊仙町腎臓機能障害者旅費助成金交付申請書

令和 年 月 日

伊仙町長 様

申請者 住所 伊仙町  
氏名

印

伊仙町腎臓機能障害者旅費助成金交付要綱の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

入院・通院した者の氏名		生年月日	
住 所	伊仙町		
介添者の氏名		生年月日	
住 所	伊仙町	続柄	
入・通院月日	別紙「入・通院証明書」のとおり		
交通手段	航空機・船舶	宿泊日数	泊
振込希望先	金融機関名		
	口座番号	普通・当座	

※下記は記入しないでください。

本 人	航空運賃	円
	船舶運賃	円
	宿泊料	円
介 添 者	航空運賃	円
	船舶運賃	円
	宿泊料	円
助成決定額	計	円
備 考		

※ 1回の旅費のうち、次の各号に掲げる額とする。

- (1) 航空運賃及び船舶運賃の金額。
- (2) 宿泊料は、1泊につき7,000円以内とし、3泊を限度とする。