

特定疾患通院交通費助成認定申請書

認定を受けようとする者	氏名					電話	
	性別					性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				年齢	歳
住所	遠軽町				生活保護の受給	あり・なし	
特定疾患名					特定疾患医療受給者番号		
主に治療を受けている医療機関名及び住所	医療機関名	1			2		
	住所						
振込先金融機関名 (郵便局以外の金融機関)		支店名		口座番号	普通	口座名義	
世帯の状況	氏名	続柄	性別	生年月日	勤務先	町民税の課税の有無	税務課確認【町民税】
	申請者本人						課税・非課税
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日			課税・非課税
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日			課税・非課税
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日			課税・非課税
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日			課税・非課税
<p>特定疾患通院交通費助成要綱の規定により、通院交通費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 なお、決定する際に世帯の状況及び私の属する世帯全員の町民税の課税状況について、担当課に確認を求めらるることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>遠軽町長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">(記名・押印に代えて、署名することができます。)</p>							年分の町民税について、上のおり確認しました。
							税務課担当印