

第1号様式

通院交通費補助金受給資格認定申請書

平成 年 月 日

鏡石町長様

申請者氏名

印

申請者	住所	鏡石町 番地		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	職業又は勤務先		
	身障手帳交付月日	明・大・昭 年 月 日	種 級		
通院医療機関	医療機関名				
	所在地				
	通院回数	週に 回又は月に 回、 日ごとに 回			
通院交通手段	順路	交通機関	区 間 (経路)	通院交通費 (片道)	
	1				
	2				
	3				
1往復当たりの通院交通費				支払方法	

(注)これ以下は記入しないでください。

受給資格審査結果					
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	課 員	係