

別記様式（第6関係）

長野市人工透析患者通院交通費助成交付申請書

年 月 日

長野市長 宛

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

配偶者 住 所 \_\_\_\_\_  
☐住所は、申請者と同一です。  
氏 名 \_\_\_\_\_

人工透析に係る通院に要する費用の助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

助成金の交付の申請に当たり、申請内容に偽りがないことを誓約し、市が所有する私又は私の配偶者の住民基本台帳、税関係及び生活保護の受給に係る情報を閲覧することに同意します。

記

1 対象者、通院先医療機関等

|                                     |    |                   |       |                  |       |
|-------------------------------------|----|-------------------|-------|------------------|-------|
| 対<br>象<br>者                         | 住所 | 〒<br>長野市          |       | 電話               | ( )   |
|                                     | 氏名 |                   |       | 生年月日             | 年 月 日 |
|                                     |    |                   |       | 年 齢              | 歳     |
| 身体障害者手帳                             |    | 第 号               | 交付年月日 | 年 月 日            |       |
|                                     |    |                   | 等 級   | 腎臓機能障害 級         |       |
| 通院先<br>医療機関                         |    | 名 称               |       |                  |       |
|                                     |    | 所在地               |       |                  |       |
| 通院方法<br>(助成内容)<br>※いずれか一方を選択してください。 |    | タクシー<br>(タクシー利用券) |       | 自動車等<br>(燃料費相当額) |       |
|                                     |    | 週 回               |       | 週 回              |       |

2 添付書類

- (1) 特定疾病療養受領証その他の市長が適当と認める助成対象者の通院が確認できる書類の写し
- (2) 通院先医療機関の診察券その他通院先医療機関の住所が確認できるものの写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

### 3 誓約及び同意事項

|                                                 |                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| 通院先医療機関による送迎サービスの提供を受けていません。                    | <input type="checkbox"/> はい |
| 今回申請する通院交通費は、国又は他の地方公共団体から助成を受けていません。           | <input type="checkbox"/> はい |
| 世帯の中に、住民税課税となる所得があるにもかかわらず、住民税の申告を行っていない者はいません。 | <input type="checkbox"/> はい |
| 申請した内容に変更があったときは、速やかに申し出ます。                     | <input type="checkbox"/> はい |

### 4 燃料費相当額の助成を申請する場合のみ

|          |                    |        |                 |
|----------|--------------------|--------|-----------------|
| 口座名義（カナ） |                    | 申請額（※） | 円               |
| 金融機関     | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協 |        | 本店・支店<br>支所・出張所 |
|          | 口座種別               | 普通・当座  |                 |
|          | 口座番号               |        |                 |

（※）算出方法：（週 回 × 4） × 2 × 37円 × 距離  
（通 院 回 数） （往復分） （燃料単価）

（長野市使用欄）

| 共通         |          |           |           |     | 助成内容等       |        |
|------------|----------|-----------|-----------|-----|-------------|--------|
| 助成対象者の所得状況 | 配偶者の所得状況 | 医療機関までの距離 | 特定疾病療養受療証 | 診察券 | 燃料費相当額      | 助成額（※） |
|            |          |           |           |     |             | 円      |
| 課 税        | 課 税      | k m       |           |     | タクシー<br>利用券 | 利用券NO. |
| 非課税        | 非課税      |           |           |     |             |        |