

交通費助成金交付申請書

令和 年 月 日

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根理事長 様

郵便番号

申請者住所

申請者氏名

自宅電話番号 () -

日中連絡がつく電話番号 - -

(職場・携帯)

患者氏名			
医療機関	名称		
	住所		
入院期間	手術等に係る 入院期間	年 月 日 ~	年 月 日
助成金振込口座	銀行 ()	本店	支店・支所
普通 当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	

(注) 口座名義人と申請者は同じであること。

決 裁				

申請者に対し、下記のとおり助成金を交付してよろしいか。

記

助成金額	振込年月日
円	令和 年 月 日

※添付書類…・世帯全員の住民票(写)

(3か月以内に取得したもので、マイナンバーの記載が無いものに限る)

- ・入院診療計画書(写)
- ・診療明細書(写)