

岡谷市寝台車利用補助金交付申請書

年 月 日

岡谷市長 殿

〒394—

住 所 岡谷市

申請者

氏 名 _____ 印

(TEL _____)

次のとおり補助金を交付されるよう申請します。申請するにあたり、本人及び本人の属する世帯の課税資料、世帯状況資料について閲覧することに同意します。

年 月分

寝台車利用者	住所	岡谷市			申請者 との続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	座位保持	不可 可能 (分程度) どのような状態で ()				
利 用 日	()日	()日	()日	()日		
利 用 目 的						
補助対象利用料		円	円	円	円	円
補 助 金 額 (※限度額4,000円)		円 (a1)	円 (a2)	円 (a3)	円 (a4)	円 (a4)
補 助 申 請 額 計 (A)					円	
					(a1~a4)	

※次の欄は、透析治療をしている市民税非課税世帯の方で、透析治療に係る寝台車の一月の利用回数が8回以上の方のみ記入してください。

総利用 回数	回	月の 自己負担 支払総額	円	月の補助申請額(B) (※左記の1/2。1円未満切上げ。 限度額30,000円)	円
-----------	---	--------------------	---	--	---

補 助 申 請 総 額 (A + B)	円
-----------------------	---

※ 領収書を必ず添付して申請して下さい。
利用月日が多数であるときは、別に記載して下さい。