様式第１号(第５条関係)

時津町医療的ケア児交通費助成金交付申請書

年　　月　　日

　時津町長　様

申請者　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先

　次のとおり時津町医療的ケア児交通費助成金の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケア児  氏　名 | （生年月日：　　　　　　　　） |
| 医療的ケアの  内　容 | □人工呼吸器　　□ 気管切開（気管カニューレ）　　□ 口鼻腔吸引   * 経管栄養　　□ 酸素療法　　□ 導尿　　□ 人工肛門 * その他（具体的に） |
| 保護者等  氏　名 | （生年月日：　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請金額 | * ３０，０００円　　□１５，０００円 |

振込先金融機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義人 |
|  |  | 普通  当座 |  |  |
|  |

* 本事業の申請にあたり、審査に必要な情報について、時津町が関係機関へ調査・照会・閲覧を行うことに同意します。