（様式第１号）

人工透析患者通院交通費助成金対象者登録申請書兼同意書

私は人工透析のため通院しており、人工透析患者通院交通費助成金を受けたいので対象者としての登録を申請します。助成金の支給認定にあたり、書面により撤回の意思表示をしない限り継続して、私の世帯に係る課税台帳及び関係書類を村山市福祉事務所長が閲覧することに同意します。

また、支給認定に関する以下のことについても了承いたします。

この同意書に基づく調査結果により、申請時期に申請書類等が送付されることを当該支給期間の支給認定の可否通知とすること。（ただし、支給金額は通院報告書の記載内容により決定されること。）
※４～９月分の支給が認められるものについては９月、１０～３月分の支給が認められるものについては３月に申請書類等を送付すること。

年　　　月　　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

村山市長　あて