第１号様式（第４条関係）

年　　月　　日

大垣市長　様

（申請者）

住　　所　大垣市

氏　　名

生年月日

電話番号

大垣市高齢者バス通院費負担軽減事業補助金交付申請書兼請求書

　大垣市高齢者バス通院費負担軽減事業補助金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、口座振替払通知書の送付は、必要ありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自宅最寄りの  停留所名 | 停留所 | 乗車停留所名 | 停留所 |
| 医療機関最寄りの  停留所名 | 停留所 | 降車停留所名 | 停留所 |
| 上記区間の１回  当たりの運賃 | 円 | 上記区間の1回  当たりの運賃 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額 | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 振替金融機関 | 銀行  金庫　　　　　　 　店  農協 |
| ふりがな  口座名義 |  |
| 口座番号 |  |

添付書類

１　「医療機関の領収書の写し」

２　「回数券を購入した領収書の写し」又は「乗車区間が記載された乗車

証明書等」