

第1号様式（第6条関係）

荒川区難病患者通院費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

荒川区長 殿

以下のとおり申請します。

申請者	住 所	〒		
	ふりがな		生年月日	
	氏 名	印	電話番号	
助成資格	タクシー利用時に以下のすべてに該当することを確認し、☒を入れてください。 ☐区が指定する特殊疾病を有しており、難病医療費助成、小児慢性特定疾病医療費助成、東京都単独難病医療費助成又はその他の難病医療費助成を受けています。 （有効期限： 年 月 日） ☐荒川区福祉タクシー利用券の交付又は荒川区心身障害者自動車燃料費助成を受けていません。 ☐施設に入所又は入院していません。 ☐助成資格を確認するため、所得状況及び本申請書に書かれた個人情報について、区が公簿等によることに同意します。			

申請（請求）期間 （該当する期別にご記入してください）	期別	タクシー利用期間	申請（請求）期限
	☐ 第1期	4, 5, 6, 7 月	8 月 15 日まで
	☐ 第2期	8, 9, 10, 11 月	12 月 15 日まで
	☐ 第3期	12, 1, 2, 3 月	3 月 31 日まで
助成金申請（請求）額		円	
※申請できる回数は1期あたり1回です。複数回の申請はできません。 ※助成金申請額は1期あたり15,600円が上限になります。上限額に満たない場合でも、次期に繰り越すはできません。 ※特別な理由により期限までに申請できない場合は、当該期分を1回も申請していない場合に限り、次期の申請期限までに、当該期4か月分の助成金を次期の4か月分と合わせて申請できます。ただし、第3期分については、次期の4か月分と合わせて申請することはできません。			

添付書類

タクシーの利用及び通院を証する領収書（写し可）

※タクシーの利用及び通院を証する領収書の日付が一致している場合に限り、助成金を交付します。当該日付が異なる場合や、日付が確認できない場合は、交付対象外となります。

※添付書類は返却しません。

(裏 面)

助成金を次の口座に振り込んでください。

☐前回と同じ口座（口座情報の記入は不要）

※荒川区難病患者通院費助成金の交付申請が2回目以降の方のみ

☐以下に指定する口座

金融機関コード				支店コード			
金融機関名称	銀行 信用金庫 信用組合 店						
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座						
口座番号							
フリガナ							
氏名							

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の同意が必要となります。

☐私は、上記名義人の助成金の受取を同意します。