

出雲崎町人工透析者通院費助成申請書

年 月 日

出雲崎町長 様

申請者 住所 出雲崎町大字
氏名

下記のとおり、出雲崎町人工透析者通院費助成事業の対象者に該当しますので申請します。

対象者	氏名	男・女	生年月日	年	月	日
	住所	出雲崎町大字		TEL ー		
身体障害者手帳	番号	第	号	障害名	じん臓機能障害	
	交付年月日	年	月	日	障害等級	種 級
通院医療機関	名称					
	所在地					
	通院回数	週 回				
	医療の方針					
振込希望金融機関	銀行 信金・信組 農協・漁協	支店 支所 本所	(普通・当座) 口座番号			
タクシー・バス券交付の有無	有 ・ 無					
自動車燃料費助成の有無	有 ・ 無					

(添付書類)

1. 身体障害者手帳の写し