

腎臓機能障害者通院交通費助成認定申請書

認定を受けようとする者	氏名					電話		
	性別					性別	男・女	
	生年月日	年 月 日				年齢	歳	
	住所	遠軽町				生活保護の受給	あり・なし	
	身体障害者手帳の所有状況	1 あり 2 なし				身体障害手帳	種 級	
主に治療を受けている医療機関名及び住所	医療機関名	1				2		
	住所							
振込先金融機関名			支店名			口座番号	普通	口座名義
世帯の状況	氏名	続柄	性別	生年月日	勤務先	備考		
	申請者本人	/	/	/				
			男・女	年 月 日				
			男・女	年 月 日				
			男・女	年 月 日				
			男・女	年 月 日				

腎臓機能障害者通院交通費助成要綱の規定により、通院交通費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

遠 軽 町 長 様

令和 年 月 日

申請者 住所 遠軽町

氏名 (自署)