

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					
	生年月日	年 月 日				性別	男・女				
	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				身体障害者手帳の種類	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 (郵便局以外の金融機関)				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。

年 月 日

遠 軽 町 長 様

申請者 住所

氏名

印

(記名・押印に代えて、署名することができます。)