様式第1号(第4条関係)

年　　月　　日

津和野町長　　様

申請者　住　所
氏　名　　㊞

腎臓機能障害者通院費助成(変更)申請書

腎臓機能障害により、人工透析療法を受けるための通院費の助成を受け(変更し)たいので、下記により(変更)申請します。

記

氏名・性別	男・女		
生年月日	年　月　日(　　歳)		
住所	島根県鹿足郡津和野町　　番地		
身体障害者手帳の番号	第　　号		
交付年月日	年　月　日　　交付		
通院の方法	公共交通機関名(　　)・自家用車等		
公共交通機関等	公共交通機関名	区間	料金
		～	円
		～	円
		～	円
(助成基準)	合計		円

医療機関証明書

上記の者は、当医療機関において、腎臓機能障害のため、人工透析療法を受けていることを証明します。

年　　月　　日

所在地
医療機関名
院長名　　㊞