

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

三 原 市 長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

印

腎臓機能障害者通院交通費補助金支給申請書

腎臓機能障害者通院交通費補助金の支給について、三原市腎臓機能障害者通院交通費補助金支給要綱第 4 条の規定により次のとおり申請をします。

なお、必要に応じて私の世帯の税情報等について調査すること及び医療機関に通院状況等を確認することに同意します。

支給を受けようとする者	個 人 番 号												
	氏 名												
	生 年 月 日	年 月 日生											
	住 所												
	身体障害者手帳 の 所 有 状 況	手帳番号	第 号					等級	級				
		障害名											
	重度心身障害者医療費受給者証 交付の有無	有 ・ 無											
	血液透析治療を受けている医療 機関名												
通院の状況等	血液透析にかかる通院回数 週 回												
支給申請期間	年 月 ～ 年 月												