

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	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)