軽井沢町人工透析患者等通院費支給申請書

軽井沢町長 様

軽井沢町人工透析患者等通院費支給要綱第4条の規定により、通院費の支給を受けたいので申請いたします。なお、同要綱第5条の審査に関し、私を含む世帯全員の町民税の課税状況等を調査することに同意します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

個人番号

(TEL ー)

通 院 区 間 から まで

通院手段 該当するものに○をつけてください。

- 1 自家用車 4 その他(徒歩・自転車等)
- 2 電 車
- 3 バ ス

世 帯 状 況		
氏 名	続 柄	個人番号

(医療機関記入)

証 明 書										
患者名		病名								
通院した月		月 通院した回数								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	回
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
31										
上記のとおり相違ないことを証明します。										
		年 月 日								
医療機関名										

通 院 し た 日 に ○ 印

※人工透析、精神障害、指定難病及び特定疾患等の治療に限る。

左記のカレンダーに印をお願いします。

(役場記入)

通 院 回 数	電 車 ・ バ ス 往 復	合 計