

様式第6号

平成 年度十日町市人工透析者通院費助成認定申請書

平成 年 月 日

十日町市長 様

(申請者) 〒 \_\_\_\_\_  
住 所 十日町市  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電 話 \_\_\_\_\_ ( )

下記により、人工透析者通院費助成事業の対象者に該当しますので、助成の認定を申請します。

記

身体障がい者手帳番号	十日町市 第 _____ 号
身体障がい者手帳 交付年月日	S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日
障がい名及び障がい等級	腎機能障がい _____ 種 _____ 級
通院医療機関名	小千谷総合病院十日町診療所