

様式第7号

十日町市人工透析者通院費助成認定申請書

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	_____ 年 _____ 月 _____ 日
障がい名及び障がい等級	腎臓機能障がい _____ 種 _____ 級
通院医療機関名	