様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

（あて先）松江市長

人工透析患者通院費助成申請書

松江市人工透析患者通院費助成要綱第４条の規定により、通院費の助成を受けたいので下記のとおり通院証明書を添えて申請します。

記

※太線の枠内をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（対象者）名 | 住　　所 | 電話 |
| 氏　　名 | 　　　　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 手帳番号 | （　　　　　　　） | 第　　　　　　　　号 |
| 生活保護受給の有無 | あり　　　・　　　なし |
| 通院方法等 | 医療機関名 |  |
| 通院方法(交通手段) | （該当に○をしてください。）＊複数の交通手段を使われる場合は、主たる方法に◎、次に多い方法に○　１．バスまたは鉄道　　　　２．自家用車（バイク含む）　（乗車区間　　　　　　　～　　　　　　　～　　　　　　　　～　　　　　　　） |
| 通院区間 | （該当に○をしてください。）１．自宅～医療機関２．職場又は学校～医療機関（職場又は学校の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 前年度助成状況 | （該当に○をしてください。）　１．現金助成（口座振込）　２．タクシー券の割増交付　３．助成なし |
| 障がい者福祉課（支所市民生活課）記入欄 | 発行したタクシー券番号（　　　　　　　　　　　） |