

様式第4号(第6条関係)

人工透析患者通院費助成変更届
年 月 日

(あて先)松江市長

申請者 住所
氏名
略

様式第6号(第7条関係)

人工透析患者通院実績報告書兼請求書
年 月 日

(あて先)松江市長

請求者 住所
氏名
略

様式第7号(第7条関係)

通院回数証明書
年 月 日

(あて先)松江市長

医療機関所在地
医療機関名
医師名
略

様式第4号(第6条関係)

人工透析患者通院費助成変更届
年 月 日

松江市長 氏名 様

申請者 住所
氏名 ㊟
略

様式第6号(第7条関係)

人工透析患者通院実績報告書兼請求書
年 月 日

松江市長 氏名 様

申請者 住所
氏名 ㊟
略

様式第7号(第7条関係)

通院回数証明書
年 月 日

松江市長 氏名 様

医療機関所在地
医療機関名
医師名
略

附 則

この告示は、令和4年4月1日から施行する。