

人工透析等受療者に係る意見書

(通院費助成用)

日南町長 様

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	
疾 病 名 等	☐ 腎臓機能障害（病名： ）により、（週 回）人工透析療法を受けている。 ☐ （病名： ）により、（週 回） を実施している。
上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。	
年 月 日	
所 在 地	
医療機関名	
医 師 名	
印	