

人工透析等通院費助成申請書

年 月 日

日南町長 様

申 請 者
住 所
氏 名 ⑩

人工透析等通院費助成事業実施要綱に基づき、通院費用を助成されるよう申請します。
支給申請決定のため、関係機関に調査、照会することを承諾します。

医 療 機 関 名	名称：
	住所：
人工透析等治療開始又は 発 病 年 月 日	年 月 日
人工透析等治療の内容	通院回数： 週 回通院 (曜日・ 曜日・ 曜日)