様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

上野原市長　宛

　　住　所

氏名

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄

上野原市人工透析患者通院交通費助成資格認定申請書

　上野原市人工透析患者通院交通費助成金の交付を受けたいので、上野原市人工透析患者通院交通費助成事業実施要綱第４条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　　号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害名 |  | 総合等級 | 種　　　級 |
| 診療状況 | 医療機関名 |  | 通院回数 | 月に　　　回 |
| 所在地 |  |
| 交通手段 | 交通機関 | 交通機関会社名 | 区間(経由) |
| バス・鉄道 | 　 | ～ |
| バス・鉄道 | 　 | ～ |
| バス・鉄道 | 　 | ～ |