

人工透析通院交通費助成申請書（タクシー利用券）

年 月 日

（あて先） 江 別 市 長

申請者 住 所

フリガナ
氏 名

（該当者の続柄 ）

通院交通費（タクシー利用券）の交付を受けたいので、江別市人工透析患者通院交通費助成規則第4条の規定により下記のとおり申請します。

| | | | | |
|----------------|--|--|----|--|
| 該 当 者 | ふりがな | | 生年 | |
| | 氏 名 | | 月日 | |
| | 住 所 | | 電話 | |
| 透析医療機関名 | | | | |
| 上記医療機関の透析開始年月日 | | | | |
| 透 析 回 数 | 一週間当たり 回 | | | |
| 身体障害者手帳の写し | 添付のとおり (手帳番号・交付年月日・氏名・生年月日・住所・障がい名等の記載部分) | | | |
| 現在の入院状況について | 1 入院していない 2 入院している ※該当する方に○を付けてください | | | |

※この欄は市で記入します。

★申請・交付内容

| 利用券交付枚数 | 4から6月 | 7から9月 | 10から12月 | 1から3月 |
|---------|-------|-------|---------|-------|
| 週3回程度通院 | 90枚 | 68枚 | 45枚 | 23枚 |
| 週2回程度通院 | 60枚 | 45枚 | 30枚 | 15枚 |
| 該当項目に○印 | | | | |

| | | | | |
|-------|-----------|-----|-------|-------|
| 交付の決定 | 利用券交付 NO. | 第 号 | 交付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-----------|-----|-------|-------|

◎利用券受領確認欄

私は、上記申請に係る障害者タクシー利用券を受領しました。

江別市長 様

受領年月日 年 月 日

受領者氏名 印

（該当者との続柄： ）