

江別市人工透析患者通院交通費助成申請書

年 月 日

(宛先) 江 別 市 長

申請者 住 所
フリガナ
氏 名
(対象者との続柄)

透析用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。

住 所		生年月日	
フリガナ			
対象者氏名		電話番号	
透析医療機関名			
上記医療機関の透析開始年月日	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）		
現在の入所状況について	<input type="checkbox"/> 入所していない <input type="checkbox"/> 入所している（施設名 ）		
現在の入院状況について	<input type="checkbox"/> 入院していない <input type="checkbox"/> 入院している（病院名 ）		
返還する既交付券	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> タクシー利用券 <input type="checkbox"/> 自動車等燃料費助成券		

※この欄は市で記入します。

交付決定枚数	4月から6月	7月から9月	10月から12月	1月から3月
透析用タクシー利用券（週3回以上）	枚	枚	枚	枚
透析用タクシー利用券（週2回以下）	枚	枚	枚	枚
利用券交付NO.	第 号	交付年月日	年 月 日	

(受領確認欄)

私は、上記申請に係る透析用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

(対象者との続柄：)