**年　　月　　日**

**腎臓疾病患者通院費助成決定通知書**

**様**

**椎葉村長**

**年　　月　　日付申請受付しました標記の件につきまして下記のとおり決定したので通知します。**

**記　　　　（登録番号　　　　　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **決定内容** | **受給対象者氏名** | **（ふりがな）** |
| **助成対象**  **現住地** |  |
| **医療機関** |  |
| **医療機関**  **住所** |  |
| **路程１往復助成額** | **円　①** |
| **バス賃実費助成額** | **円　②** |
| **合　計　助成額** | 1. **と②の合計　　　　　　　　　　円** |
| **適用開始日** |  |
| **利用目的** | **腎臓機能障害による血液透析療法の通院による** |