様式第2号（第8条関係）

人工透析患者送迎サービス事業利用決定通知書

　　　　　　　　　　　第　　　　　　　号

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　様

　椎葉村長　　　　　　　　　　㊞

　　年　　月　　日付けで申請のありました人工透析患者送迎サービスの利用について、

次のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　用 者 | 氏　　 名 |  |
| 住　 　所 |  |
| 生 年 月 日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 利　用　日 | 月・火・水・木・金・土　（週　　　回）1. 往復利用　②行のみ片道利用　③帰りのみ片道利用
 |
| 利用者負担 | 往復１回の利用につき　　　　円 |

（備　考）

送迎サービスの利用を中止(停止)又は辞退するときは、椎葉村人工透析患者送迎サービス利用中止(停止)・辞退届を速やかに提出してください。