様式第１号（第４条関係）

人工透析患者通院費助成金交付申請書

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

住所

申請者　　氏名

電話番号

八頭町人工透析患者通院費助成金交付規則第４条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金額 | 円 |
| 通院医療機関名 |  |
| 通院区間 | ～ |
| 通院期間及び通院日数 | 　　　　　　年　　　月分（　　　　　　日間） |
| 　　　　　　年　　　月分（　　　　　　日間） |
| 　　　　　　年　　　月分（　　　　　　日間） |
| 担当医師名㊞ |