様式第１号（第３条関係）

腎臓透析利用者通院支援事業利用申請書

年　　月　　日

　（宛先）　安曇野市長

申請者　住　所　安曇野市

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

電　話　　　　　（　　　）

　　以下のとおり、腎臓透析利用者通院支援事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| 年　月　日 | 歳 | 男・女 |
| 利用者氏名 |  | 申請者との続柄 | 本人・家族（　　　） |
| 連絡先 | 自宅　　その他（　　　　　） | 電話番号 |  |
| 手帳情報 | 交付番号 | 第　　　　　号 | 等　級 | 腎臓機能障害　　　級 |
| 通院する病院名 |  | 所在する市町村 |  |
| おおよその往復料金 | ①円 | 月の平均通院回数 | ②回 | ①×②＝ | ③円 |