

様式第1号(第6条関係)

交付番号	
------	--

人工透析者通院費助成事業福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

時津町長

様

申請者住所

氏名

申請者との続柄

(対象者以外が申請した場合)

電話番号

次のとおり人工透析者通院費助成事業福祉タクシー利用券の交付を申請します。

また、利用券の交付が決定した時には郵送により利用券を送付願います。

対象者	氏名		生年月日	年 月 日( 歳)	
	住所				
	現在の状況	在宅・入院・その他			
	身体障害者手帳		県(市)第 号	年 月 日交付	
	障害名	じん臓障害		障害等級	種 級
	医療機関名 名称・住所				

同意書

人工透析者通院費助成事業福祉タクシー利用券の交付決定に当たり、私及び私の属する世帯の世帯員全員の所得状況等について調査することに同意します。

年 月 日

世帯主氏名