様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 腎臓機能障がい者通院交通費助成申請書 | | | | | |
| 対象者 | 住所 | 出雲市　　　　町　　　　　番地 | | 電話 | (　　　　) |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 病名 | 腎臓機能障がい | | | |
| 通院医療機関 | 所在地 |  | | | |
| 医　療  機関名 |  | | | |
| 通院方法 | 自宅から医療機関までの道程 | | 片道　　　　約　　　　km | | |
| 主に利用する交通手段について、該当する数字に○印を付けてください。  　1　タクシー　2　自家用車(バイク含む)　3　バス　4　電車  5　医療機関による送迎（有料送迎　　　　　　円・片道無料送迎）  　　※往復無料送迎利用の場合は助成対象外  　6　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　出雲市長　　様  住所　　出雲市　　　　町　　　　　　　番地  氏名 | | | | | |