

年 月 日

遠別町長 様

申請者 住 所  
氏 名 印

遠別町腎臓機能障がい者交通費助成金支給要綱の定めるところにより、下記のとおり申請します。

記

1 身体障害者手帳の保有状況

- (1) 番 号
- (2) 障がい等級
- (3) 障がい名

2 人工透析療法を受けている医療機関名及び所在地

医療機関名

住 所

3 通院期間

自 年 月 日

至 年 月 日

4 送金希望先