

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

若桜町長 様

申請者 住 所
氏 名



若桜町人工透析患者通院費助成金交付要綱第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	
助成金の補助 対 象 期 間	年 月～ 年 月まで (3箇月分)

(年1回は、人工透析患者である旨の医師の証明書を添付すること。)