

玉野市人工透析治療者通院費給付申請書（新規・変更）

令和 年 月 日

玉野市長 様

申請者

住 所 玉野市

氏 名

印

下記のとおり、玉野市人工透析治療者通院費の給付を申請します。

記

対象者			連絡先	- -
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女
身体障害者手帳番号	県 第	号	障害等級	級
障害名				
通院医療機関	新			年 月 日 から
	旧			年 月 日 まで
通院費口座振込先 (治療者本人名義のもの)	金融機関名		支店名	種別
				普通・当座
	口座番号		(フリガナ) 口座名義	

(裏面証明書)

人工透析治療者通院証明書

通院者住所	玉野市		
通院者氏名		性別	男・女
人工透析通院治療開始年月	令和	年	月
人工透析通院治療回数	週	回	

上記のとおり、人工透析治療のための通院者であることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印