

様式第1号(第2条関係)

決 裁	町長	副町長	課長	課長補佐	起案者	受付	年 月 日	
						伺	年 月 日	
						決定	年 月 日	
						発行	年 月 日	
<u>受給資格適否</u> 備考 (理由) 適・否						住民登録	有・無	確認印
						所得額	千円	
身体障害	手帳 1級 2級				手帳番号	宮崎県 第		

腎臓通院費助成認定申請書				
令和 年 月 日				
美郷町長 様				
住 所				
氏 名 ㊟				
TEL ()				
対 象 者	(フリガナ) 氏 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	美郷町		
医 療 機 関 等	所 在 地	医療機関名	交通機関利用区間	同左1回片道の料金
			~	km × 37円 円
金 融 機 関 名			口座番号	口座名義

- (注) 1 上欄の太線枠内は、記入しないこと。
 2 この申請書を提出するときは、保険証及び身体障害者の場合は身体障害者手帳、知的障害者の場合は療育手帳又は児童相談所又は知的障害者更生相談所の判定証を提出してください。