

様式第6号(第8条関係)

年 月 日

浜田市長 様

住所 浜田市 町 番地
氏名 印

人工透析患者・精神障害者通院交通費助成変更届

浜田市人工透析患者及び精神障害者通院交通費助成金交付要綱第8条の規定に基づき、次のとおり、変更しましたので届け出ます。

	変更前	変更後
氏名		
住所	浜田市 町 番地	浜田市 町 番地
病院名		
所在地		
通院経路 手段・距離 通院回数	(約 km) (回)	(約 km) (回)
変更理由	年 月 日	のため
手帳番号	第 号	(級)