

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

浜田市長 様

住 所 浜田市 町 番地
氏 名
電 話 —

人工透析患者・精神障害者通院交通費助成認定申請書

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5条の規定に基づき、次のとおり、通院交通費の助成を受けたいので申請します。

本人氏名・性別	男・女
住 所	浜田市 町 番地
保 護 義 務 者	住所 浜田市 町 番地 氏名
病院名・所在地	
通院経路・距離 手段・通院回数	(約 km) 1箇月当たり 回
身体障害者手帳	第 号 級
精神障害者保健 福 祉 手 帳	第 号 級