

難病等患者及び人工透析患者療養通院費助成金支給申請書（第6条関係）

令和 年 月 日

難病等患者及び人工透析患者療養通院費助成金支給申請書

総社市長 様

申請者

住所

氏名

電話

総社市難病等患者及び人工透析患者療養通院費助成金の支給を受けたいので申請します。

この助成金の支給の決定のため必要があるときは、次の申請内容について総社市が各関係機関に照会することに同意します。

記

- 1 患者氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女
- 2 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 3 認定番号及び疾患名 認定番号 \_\_\_\_\_  
疾患名 \_\_\_\_\_
- 4 交付年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 5 通院医療機関名 \_\_\_\_\_
- 6 患者が本市へ居住を開始した日 \_\_\_\_\_ 年 月 日
- 7 世帯全員の所得税課税状況 \_\_\_\_\_ 課税 ・ 非課税