

福知山市人工透析患者通院助成事業利用申請書

年 月 日

福知山市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(対象者との続柄： )

福知山市人工透析患者通院助成事業を利用したいので、次のとおり申請します。

対 象 者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 福知山市  (自治会名： )
	電話番号	
身体障害者 手帳番号	京都府第	号 じん臓機能障害 級
人工透析を 受けている 医療機関名		
通院回数	週 回 (月、火、水、木、金、土)	※通院の曜日に○
<p>福知山市人工透析患者通院助成事業の利用申請に当たり、対象者本人又はその親族若しくは対象者を常時介護する人が対象者に係る介護に伴う自動車税又は軽自動車税の減免を受けていないことを誓約します。また、本事業の利用決定及び継続利用決定に当たって、福知山市が対象者本人の市民税の課税状況及び対象者本人又はその親族若しくは対象者を常時介護する人の自動車税又は軽自動車税の減免状況を確認するため関係公簿を閲覧する等の調査を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 対象者氏名</p>		