

（あて先）高山市長

申請者（対象者） 住所
氏名

高山市人工透析療養者通院費助成事業登録申請書

標記助成事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
身体障がい者手帳番号 第 号		
医療機関	所在地	
	名称	
	電話番号	
経路	～	
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 障がい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
申請の理由	<input type="checkbox"/> 家族の支援が得られない（ ） <input type="checkbox"/> 事業者の都合（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

私は、高山市人工透析療養者通院費助成事業の助成を受けるため、人工透析療養に係る診療明細書等を上記の医療機関から高山市に提供すること又はタクシー事業者から利用情報等を高山市に提供することに対して、同意します。また、高山市人工透析療養者通院費助成事業実施要綱第3条の規定による支援が得られるようになった場合は、速やかに高山市人工透析療養者タクシー利用乗車券を高山市に返却することを同意します。

申請者氏名 _____