

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先）南アルプス市長

南アルプス市在宅血液透析治療助成金交付申請書

助成金の交付を受けたいので、南アルプス市在宅血液透析治療助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住 所			
	氏 名		電話番号	
	生年月日		年 齢	歳
手 帳 情 報	手帳番号		交 付 日	
	等 級		障 害 名	
在 宅 血 液 透 析 治 療 開 始 日		年 月 日 から		
添 付 書 類		☐ 医師の指示書の写し ☐ 医師の指示書の発行日以後、当該指示に変更がない旨の申立書 （医師の指示書の発行日が申請日の前年度以前である場合のみ添付） ☐ その他		
確 認 事 項		本市が、助成金の交付の審査のために公簿（住民基本台帳、市税等の 納付状況等）の確認をすることに同意します。 自署_____		
備 考				