様式第２号(第４条関係)

交付番号	

決裁	課　長	課長補佐	係　長	主　査	係

下記のとおり申請があったので交付（却下）してよろしいですか。

深川市人工透析患者通院交通費助成券交付申請書

令和　　年　　月　　日

深　川　市　長　　様

住所

申請者

氏名

（ 受給資格者との続柄　　）

人工透析患者通院交通費助成券の交付を申請します。

また、深川市長がこの申請に係る事務を行うために必要な市の所有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳・税情報等）を利用することに同意します。

受給資格者	氏　名		生年月日	年　月　日生
	住　所	深川市　　電話番号（　　）　－		
身体障害者手帳		北海道　　第　　号		
通院している医療機関			通院回数	週　回 月
備　考				

決定年月日	令和　年　月　日	処理担当者名
交付年月日	令和　年　月　日	