様式第２号（第７条関係）

年　　　月　　　日

飛驒市長　あて

申請者　住所

氏名

電話番号

飛驒市人工透析療養者通院サービス事業利用申請書

　飛驒市人工透析療養者通院サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

　なお、世帯の所得調査状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 | （フリガナ） | 生年月日 | 年　　月　　日（満　　　歳）　　 |
| 　 |
| 住所 | 〒　　　　　― |
| 申請の理由 | （該当する番号を○で囲んで下さい）１　市内の医療機関へ人工透析治療を目的として通院する身体障害者であって、家族等が送迎できず一般の交通機関（タクシーを含まない。）を利用することが困難な者２　岐阜県高山市内の医療機関へ人工透析治療を目的として通院する身体障害者であって、家族等が送迎することが困難な者 |
| 家族構成 | 氏名 | 利用者との関係 | 運転免許の有無 | 連絡先 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 家族等が送迎できない理由 | 　 |