

別記第1号様式

特定疾患患者援護申請書

平成 年 月 日

浜頓別町長 様

申請者 住所 浜頓別町字
氏名



下記証明のとおり、医師の指示により特定疾患治療のため通院をしましたので、助成金の支給を申請します。

医療機関証明

上記申請者は、当医療機関にて特定疾患の治療を行ったことを証明します。

治療期間	平成	年	月	日から	
	平成	年	月	日まで	日間
平成	年	月	日		
				医療機関	所在地
				名称	
				医師氏名	



(医療機関証明についてのお願い)

この申請書は、北海道衛生部長通知(昭和48年7月25日保健第2335号、昭和51年4月1日保健第1609号)、北海道保健環境部長通知(平成元年10月21日保健第752号)厚生省児童家庭局長通知(昭和49年5月14日児発第265号)による特定疾患治療のための旅行に要する費用の助成に必要です。一回の旅行毎に助成金が支給されますので、その都度一枚発行してください。

(申請する方へのお願い)

上記証明欄中の治療期間の最終日の翌日から起算して一年以内に、この申請書を提出してください。それを過ぎますと助成が受けられなくなりますのでご注意ください。

振込希望金融機関名 _____ 銀行・信用金庫 _____ 店

口座番号 _____ (申請者の名義に限ります。)

別記第2号様式

じん臓機能障害者援護申請書

平成 年 月 日

浜頓別町長 様

申請者 住所 浜頓別町字
氏名



下記証明のとおり、医師の指示により人工透析療法受療のため通院をいたしましたので、助成金の支給を申請します。

医療機関証明

上記申請者は、当医療機関にて人工透析療法の治療を行ったことを証明します。

該	当	月	通	院	回	数
平成	年	月				回
平成	年	月				回
平成	年	月				回
平成	年	月				回
平成	年	月				回
平成	年	月				回

平成 年 月 日

医療機関 所在地
名称
医師氏名



(医療機関証明についてのお願い)

この申請書は、北海道生活福祉部長通知(じん臓機能障害者通院交通費補助金交付要綱)に基づき人工透析療法のための旅行に要する費用の助成に必要です。6ヶ月毎に助成金が支給されますので、その都度発行してください。

(申請する方へのお願い)

上記申請欄中の該当月の治療最終月の翌月から起算して一年以内に、この申請書を提出してください。それを過ぎますと助成が受けられなくなりますのでご注意ください。

振込希望金融機関名 _____ 銀行・信用金庫 _____ 店

口座番号

(申請者の名義に限ります。)