

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

つくば市長

宛て

住 所

氏 名

印

電話番号

つくば市在宅血液透析患者助成金支給申請書

在宅血液透析患者助成金の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請
します。

なお、この助成金の支給の審査に際し、市税の納付状況について、つくば市備付け
の公簿により確認することに同意します。

在宅血液透析患者	住 所	つくば市
	ふりがな	
	氏 名	
	電話番号	— —
	生年月日	年 月 日
在宅血液透析の指導及び 管理をする医療機関の名称		
在宅血液透析開始月又は 開始予定月	年 月	

添付書類

助成金の支給を受けようとする最初の月の在宅血液透析に関する医師の指示書
の写し