

様式第3号（第9条関係）

年 月 日

つくば市長

宛て

住 所
氏 名
電話番号

つくば市在宅血液透析患者助成金実績報告書

年 月 日付け 第 号で支給決定の通知があった在宅血液透析患者助成金に係る実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

在宅血液透析患者 氏名								
在宅血液透析を行 った期間	年 月から		年 月		まで			
在宅血液透析を行 った回数	月	回	月	回	月	回	月	回
	月	回	月	回	月	回	月	回
	月	回	月	回	月	回	月	回
※								
つくば市長 宛て								
上記の患者について、上記の期間中、当院の指導及び管理の下に当該患者及びその介助者が在宅にて血液透析治療を行ったことを証明します。								
年 月 日								
医療機関名								
医師氏名								
印								

※印欄は、主治医が記入してください。

添付書類

助成金の支給を受けようとする期間の各月の電気料金又は水道料金の金額がわかるものの写し