様式第３号（第７条関係）

大田原市人工透析者通院燃料費助成変更申請書

年　　月　　日

大田原市長　　　　　　　様

住　所

　　　 　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　　　　（　　　　－　　　　　　　）

大田原市人工透析者通院燃料費助成事業実施要綱第７条の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人工透析者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |

変更内容（変更事項のみ記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 変更日 | 年　　月　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 居住地 |  |
| 通院距離（片道） | キロメートル（助成対象距離は３０キロメートルを上限） |
| 変更理由 | ・医療機関の変更　　　・転居　　　・死亡・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（市記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更前助成対象年間通院距離(Ｂ)（往復×週２回×　　週） | キロメートル | 助成額（Ｂ×１０円） | 円 |
| 変更後助成対象年間通院距離(Ｃ)（往復×週２回×　　週） | キロメートル | 助成額（Ｃ×１０円） | 円 |
| 助成額計 | 円 |

|  |
| --- |
| 経路図 |