

別記様式第1号(第5条関係)

難病患者等援護旅費受給資格登録申請書

年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住所
(本人) 氏名
(保護者)

難病患者及び保護者の援護旅費受給資格の決定を受けたいので申請します。
なお、助成要件確認のため、住民基本台帳等の閲覧について同意します。

難病患者	住 所	厚岸町		
	氏 名		男・女	年 月 日生
	病 名			
	医療機関名1		通院回数	回/月・週
	医療機関名2		通院回数	回/月・週
保護者	氏 名		男・女	年 月 日生
	続 柄			

※この欄は記入しないでください。

摘 要	住民基本台帳登録:	有	無
	生活保護受給状況:	受けている	受けていない
	身体障害者手帳の交付:	受けている(級)	受けていない
	療育手帳の交付:	受けている()	受けていない
	福祉サービスの利用状況:		