

日高町人工透析患者送迎サービス利用者申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、人工透析療法を受けるために送迎サービスを利用したいので、申請します。

1 人工透析療法を受ける者

氏 名			
住 所	日高町		
生年月日		年 齡	

2 身体障害者手帳番号等

手帳番号	第 号	等 級	種 級
交付年月日	年 月 日		

3 利用日・時間

透 析 日	月 火 水 木 金 土 日	週	日
	①往復利用	②行きのみ片道利用	③帰りのみ片道利用
透 析 時 間	時 分 ~ 時 分		

4 緊急時の連絡先

	第1連絡先	第2連絡先
氏 名	(続柄)	(続柄)
住 所		
電 話		