



様式第1号

交付番号	
------	--

宮崎市腎臓機能障がい者通院費助成事業申請書

申請日 年 月 日

宮崎市長 殿

次のとおり、腎臓機能障がい者通院費の助成を申請します。  
 なお、申請にあたり、交付決定に必要な私及び同一世帯員の課税状況等を確認することに同意します。 (※太枠内をご記入ください。)

フリガナ				生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和
対象者名	(個人番号: )				年 月 日
住所	宮崎市				
連絡先	電話番号				
保護者または代理人の氏名	電話番号 ( - - )			続柄	
所持している障がい者手帳	障がい名	<input type="checkbox"/> 腎臓機能障がい	等級	<input type="checkbox"/> 1級	
人工透析にかかる通院状況	医療機関名		通院回数	回/週	
希望する券種 (どちらかに○)	1 タクシー券 (年額12,000円分: 500円×24枚) 2 ガソリン券 (年額6,000円分: 500円×12枚)				

----- ※受付者記入欄<ガソリン券の場合に記入 (車検証確認欄) > -----

車両登録番号	宮崎	車検有効 期間満了日	<input type="checkbox"/> 有効期間内
車両所有者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居住所家族 (氏名: 続柄: )		

※受付者確認項目

申請内容確認	再認定・有効 期間確認	市県民税 所得割確認	受付印 交付番号記入	障がい手帳 交付印・割印	利用券記入
		課税・非課税 (世帯)			