

第3号様式（第1条関係）

申立書 会津坂下町長 殿 年 月 日 申請者氏名 ㊟ 私は、次の理由により居住する会津坂下町の医療機関で人工透析を受けることができませんので申立てます。	
理由	
通院する医療機関の 医師の意見	医療機関名 医師の氏名 ㊟