

申 立 書

年 月 日

須賀川市長

申請者 氏 名 印

私は、次の理由により居住する市区町村内の医療機関（最寄りの医療機関）で人工透析を受けることができませんので申立てます。

本人記入欄	理 由	
医療機関記入欄	通院する医療機関 の医師の意見	年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 担当医師の氏名 印