

第1号様式（第4条関係）

幕別町特定疾患患者等通院交通費助成認定申請書

年 月 日

幕別町長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

次のとおり、特定疾患に対する医療を受けるため、医療機関への通院に要した交通費について、助成くださるよう申請いたします。

記

通院者氏名			生 年 月 日	年 月 日生
通 院 医 療 機 関 名			身体障害者 手帳所有状況	無・有（ 種 級）
通院に要した交通費の内訳				
	汽 車 賃	バ ス 賃	自 家 用 車	航 空 賃
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円
申 請 金 額 総 計		※ 円		

※印欄は記入しないこと。

- ◎ 別紙交通費所要額積算表を記入のうえ添付してください。
- ◎ 各年度の初回申請時には、「特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券の写し」を提出してください。
- ◎ 医師が介護を必要と認めた場合、各金額欄に介護者分を含めて記入してください。
- ◎ 身体障害者手帳の所有により、自動車賃、バス賃、航空賃の割引を受けることができる場合は、割引後の金額を記入してください。
- ◎ 入院及び退院は通院に含まれません。

※初めて申請する方、前回申請時より変更のあった方のみ記入してください。

記入例	
その1	自宅～（自家用車で5 km）～幕別駅～（汽車）～帯広駅～（徒歩）○ ○病院（帰りは、この逆です。）
その2	自宅～（徒歩）～○○バス停～（バス）～○○バス停～（徒歩）～○ ○病院（帰りは、この逆です。）

This image shows a full page of graph paper. It features a uniform grid of small squares formed by dashed horizontal and vertical lines. The grid covers the entire area of the page, leaving no margins or other markings.

口座振込先	() 本店・支店・本所・支所										
	口座種別	普通・当座 (○で囲んでください)									
	口座番号								右詰で記入してください。		
	口座名義人	(申請者名と一致のこと)									

交通費所要額積算表(特定疾患患者等通院用)

申請者 住所

氏名

年 月 から 月分

[illegible]

裏面あり

※ 施設長が介護を必要と認めた場合、各金額欄に介護者分を含めて記入してください。

第2号様式（第4条関係）

幕別町特定疾患患者等通院証明書

通院者 住 所
氏 名

上記の者について、次のとおり当院に通院したことを証明する。

記

年 月分 通院回数 回	通	1	2	3	4	5	6	7	8
	院	9	10	11	12	13	14	15	16
	日	17	18	19	20	21	22	23	24
	日	25	26	27	28	29	30	31	

年 月分 通院回数 回	通	1	2	3	4	5	6	7	8
	院	9	10	11	12	13	14	15	16
	日	17	18	19	20	21	22	23	24
	日	25	26	27	28	29	30	31	

年 月分 通院回数 回	通	1	2	3	4	5	6	7	8
	院	9	10	11	12	13	14	15	16
	日	17	18	19	20	21	22	23	24
	日	25	26	27	28	29	30	31	

記

※ 通院した日に医療機関印を付してください。

※ 入院及び退院は通院に含まれません。

通院に介護が必要と認める 場 合、そ の 理 由	
-----------------------------	--

年 月 日

医療機関名

医師又は事務長名

印