

第1号様式（第4条関係）

幕別町じん臓機能障害者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、じん臓機能障害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	タ ク シ ー 代
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。
- ◎ 身体障害者手帳の所有により自動車賃、バス賃、タクシー代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。
- ◎ タクシー利用の方は、領収書を必ず添付してください。
- ◎ 入院及び退院は通院に含まれません。

裏面あり

(裏面)

※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。

① 通院（所）する際の通常の行程図を記入してください。

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。）

② 自家用車を利用した方は、利用区間を図示してください。

[illegible]

③ 助成金の振込先を指定してください。

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(じん臓機能障害者通院用)

申請者 住所

氏名

月分

[illegible]

裏面あり

第2号様式（第4条関係）

幕別町じん臓機能障害者通院証明書

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

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

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

※ 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。

年 月 日

医療機関名
医師又は事務長名

印