

幕別町じん臓機能障害者通院交通費助成認定申請書

平成 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				
	自動車賃	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。

裏面有り

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

平成 年 月 から 月分

月 日		自動車賃 円	バス賃 円	自家用車 ()km×10円= 円	タクシー代 円
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
/	行き			()km×10円= 円	
	帰り			()km×10円= 円	
	小計	円	円	円	円

裏面あり

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

平成 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	
平成 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	
平成 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。

平成 年 月 日

医療機関名

医師又は事務長名

㊞