

幕別町特定疾患患者等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、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 | | | | |
| | 自動車賃 | 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。

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

平成 年 月 から 月分

| 月日 | | 自動車賃 | バス賃 | 自家用車 | 航空賃 |
|----|----|------|-----|--------------|-----|
| / | 行き | 円 | 円 | ()km×10円= 円 | 円 |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| / | 行き | | | ()km×10円= | |
| | 帰り | | | ()km×10円= | |
| | 小計 | 円 | 円 | 円 | 円 |

裏面あり

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

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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。

| | |
|---------------------|--|
| 通院に介護が必要と認める場合、その理由 | |
|---------------------|--|

平成 年 月 日

医療機関名

医師又は事務長名

