様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

　　みなかみ町長　　　　様

申請者

住所

氏名

通院交通費補助支給申請書

　　じん臓機能障害者等通院交通費補助支給要綱に基づき、次のとおり通院交通費補助の支給を受けたいので申請します。

　1　申請額　　　　円(　　年　　月から　　年　　月まで)

　2　通院交通費内訳(自宅から医療機関まで)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 順路 | 交通機関 | 区間(往復) | キロ(往復) | 運賃 |
| 1 |  |  | キロ | 円 |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 小計(1日分)A | | |  |  |
| 合計(A×通院日数) | | |  |  |

　1　通院日数については別添通院証明書のとおり。

　2　自家用車利用の場合は、キロ当たり16円で計算する。

別添

通院証明書

申請書

住所

氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記の者は、当医療機関において、 | 人工透析療法  中心静脈栄養法  経腸栄養法 | による医療の給付を受けるため |

次のとおり通院したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月 | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 |
| 年　　　月 | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 |
| 年　　　月 | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 |
|  | 日 | 日 | 日 | | 日 | 日 | 日 |
|  | | | | 計　　　　　　　　　　日間 | | | |

　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

担当医師