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