

難病者等通院交通費助成申請書

申請者記載欄	住所	清里町				世帯主名											
	患者名					(歳)	金融機関名										
	介護者					(歳)	口座名義人・番号										
	病院名						病名										
	期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月まで															
利用する交通機関と費用	航空機	空港から				空港まで											
	鉄道	駅から				駅まで											
	バス	停留所から				停留所まで											
自動車	自宅から				病院等まで												
片道 (km)					円×	回					円						
往復 (km)					円×	回					円						
上記のとおり難病等の治療を受けるため、通院交通費の支給を受けたく申請いたします。																	
令和 年 月 日																	
清里町長 様 申請者氏名 印																	
医療機関記載欄	<h3 style="margin: 0;">通院証明書</h3> 上記の者については、次のとおり当院(所)に通院(所)していることを証明します。																
	月	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	回
	(特定疾患、腎臓人工透析、重度身体障害、知的障害、精神障害に係る通院、通所訓練等の診療日を捺印してください)																
令和 年 月 日																	
医療機関名及び住所																	
院(所)長(担当医師)又は事務長 印																	
認定欄	利用交通機関																
	~	往・片				円×	回										
	~	往・片				円×	回										
	~	往・片				円×	回	計								円	
交通費控除() 円 支給決定額 円																	