

受付年月日

特定疾患患者等援護旅費交付請求書

申請者が記載の事	住所	厚岸町															
	世帯主																
	患者名 (年齢)											通院に付添を要したとき付添った 保護者名 (歳)					
	病名																
	通院期間	年 月 日から					年 月 日まで										
	申請する	鉄道運賃	(駅から 駅まで)	往・片	回分	円											
	援護旅費の内訳	バス料金	(駅から 駅まで)	往・片	回分	円											
			(停留所から 停留所まで)	往・片	回分	円											
			(停留所から 停留所まで)	往・片	回分	円											
			(停留所から 停留所まで)	往・片	回分	円											
	宿泊費	(宿泊先)			円												
上記のとおり援護旅費助成を請求します。 平成 年 月 日 申請者氏名 厚岸町長 様																	
医療機関が記載の事	通院証明書																
	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します。																
	記（診療実施日に捺印する）																
	月分	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	回	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月 日																	
医療機関名 医師又は事務長名 印																	
担当係で記載	認定欄																
	助成金算定										助成決定額						
	利用交通機関及び経路					金額及び回数											
	～	往・片	円× 回＝					円									
	～	往・片	円× 回＝					円									
	～	往・片	円× 回＝					円									
	～	往・片	円× 回＝					円									
										計		円					
										宿泊費		円					