

難病患者等援護旅費交付請求書

受付年月日

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	(駅から 駅まで)往・片		回分		円										
		(駅から 駅まで)往・片		回分		円										
		バス料金(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										
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名		銀行 金庫 組合					本店・本所 支店・支所 出張所								
	預金種別	1 普通	2 当座													
	フリガナ															
	口座名義															
連 絡 先 (押印を省略する 場合のみ記入してください。)	電話番号					メールアドレス										
<p>※請求者本人の連絡先を記入してください。 ※電子メールアドレスがない場合は、記載不要です。 ※確認が必要な場合は、記載された連絡先に当町から電話させていただく場合があります。</p>																
上記のとおり援護旅費助成を請求します。																
年 月 日																
申請者氏名																
厚岸町長 様																
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																

認 定 欄			
担 当 係 で 記 載	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	_____ 円
	～ 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	