

厚岸町じん臓機能障害者通院交通費助成申請書

受付年月日

申請者が記載の事	住 所	厚岸町						
	世帯主			通院に付添を要したとき付添った保護者名				
	患者名	(生年月日) 年 月 日( 歳)		(生年月日) 年 月 日( 歳)				
	医療機関への通院状況	人工透析療法を受けている医療機関名及び所在地	名 称 _____ 所在地 _____					
		申請者の住所地から医療機関の所在地までの距離						km
		(上記のうちJRを利用する距離)					( km)	
		通院の際利用する交通機関						
	通院交通費助成申請額算出の内訳	月区分	助成単価(片道分) a	通院回数 b	規則第6条の助成の制限に該当する通院回数 c	助成対象経費(通院に要した経費) $d = a \times 2 \times (b - c)$	※規則第5条の控除額 e	通院交通費助成申請額 f = d - e
		年 月	円	回	回	円	円	円
		年 月						
	年 月							
	年 月							
	年 月							
	計							
通院交通費の助成を受けたいので、上記のとおり申請いたします。  令和 年 月 日  <div style="text-align: right;">申請者氏名</div>  厚岸町長 様  ----- 助成通院交通費の送金希望先 金融機関名 口座番号								
担当係で記載	決 定 欄							
	1 助成	助成金額 _____円						
	2 却下	(理由)						