

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)										(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	
	(	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。																
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																
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					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						