

人工透析患者通院交通費補助金請求書

令和 年 月 日

三春町長 様

請求者住所

氏名

印

補助金の支給を、次のとおり請求します。

受給資格者氏名					
請求月	通院手段	通院回数 片道(A)	通院交通費 片道(B)	通院交通費計 (A)×(B)	請求額 (①+②)-5,000円 (上限額25,000円)
令和4年3月	自家用車 往	回		① 円	円
	自家用車 復	回		② 円	
令和4年4月	自家用車 往	回		① 円	円
	自家用車 復	回		② 円	
令和4年5月	自家用車 往	回		① 円	円
	自家用車 復	回		② 円	
合計				円	円

※ 通院記録証明欄 (医療機関記入。通院した日を○で囲んでください。)

令和4年3月	回	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
令和4年4月	回	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
令和4年5月	回	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

上記のとおり、人工透析のため当院へ通院したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関

所在地

名称

印

(注意1) 請求書は、毎年6月、9月、12月、3月の各月10日までに、それぞれの前月まで補助金について提出するようお願いします。

(注意2) 列車、バス、自家用車での交通手段が真によりがたく、タクシー利用が認められた場合、タクシーの利用明細及び領収書を添付してください。