

第 1 号様式（第 5 条関係）

難病患者等通院交通費助成申請書

年 月 日

別 海 町 長 様

住 所 別海町

申請者 氏 名 印

電話番号 - -

難病患者・重度心身障害者・腎臓機能障害者通院交通費の助成を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

受給者	受給者証記号番号	—				受付年月日
	手帳番号					
	住 所					
	氏 名		生年月日	年 月 日		
通院している医療機関	住 所					
	名 称					
通院期間	年 月 から 年 月 まで 回					
利用交通機関	飛行機 汽 車 自家用車 バ ス で から まで (往復・片道) 回					
バス券の使用	有 ・ 無	から まで (往復・片道) 回				
介護者	有 ・ 無	氏 名			受給者との続柄	
介護者の利用交通機関	飛行機 汽 車 自家用車 バ ス で から まで (往復・片道) 回					
【 決 定 欄 】						
決定額	受給者分 円		介護者分 円		合計 円	
内訳 項目	片道 k 円 (A)		他制度による助成額 (B)		差 引 額 (A) - (B)	
	(単価×2× 回)					
受給者分	円		円		円	
介護者分	円		円		円	