

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

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) (単価×2×回)		他制度による助成額 (B)		差 引 額 (A) - (B)	
	受 給 者 分 円		円		円	
介 護 者 分 円		円		円		

請 求 書

別海町長 曾根 興三 様

金 額									円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

件名 難病患者等交通扶助費として

上記の金額を請求致します。

令和 年 月 日

住所 別海町

氏名

債権者名（氏名及び代表者名） 正確に記入願います		金融機関名	信金 ・ 農協 銀行 ・ 漁協									
フリガナ			支 店									
郵便番号 —		預金種目	1. 普通	口座番号								
			2. 当座									
住 所		口座名義人	3. 貯蓄									
電話番号 () 番			フリガナ									

私に対する支出金については、上記の預金口座に振込願います。

難病患者等通院証明書

※医療機関の皆様へ

助成（証明）の対象となる通院は、指定難病や障がい者手帳に記載されている疾病に関する診療分のみとなりますのでご留意願います。

住 所

氏 名

上記の者について、次のとおり治療のため当院に通院したことを証明します。
（緊急入院日及び退院日を含みます。入院日＝ 月 日～ 月 日）

通 院 月			通 院 回 数	入院・退院・通院日に○をつける。
令和	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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	年	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
計			回	

令和 年 月 日

医療機関名

管理者名

印