|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院交通費補助金受給資格認定申請書  年　　月　　日  　新地町長　　　　　殿  申請者　氏　名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | |
| 申　　請　　者 | 住所 | | |  | | | | | | 性別 |  |
| 生年月日 | | |  | | | 職業又は  勤務先名 | |  | | |
| 身障手帳  交付年月日 | | |  | | | 等級 | |  | | |
| 通　院　す　る医　療　機　関 | 医療機関名 | | |  | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | |
| 通院回数 | | | 週に　　　　　回又は　　　　　　日ごとに　　　　　回月に　　　　　　　　回 | | | | | | | |
| 通院交通手段 | 順路 | 交　 通　 機 　関 | | | 区　　間（経路） | | | | 通院交通費（片道） | | |
| １ |  | | |  | | | | 円 | | |
| ２ |  | | |  | | | | 円 | | |
| ３ |  | | |  | | | | 円 | | |
| １往復当たりの通院交通費 | | | （１＋２＋３）×２  円 | | | 希望する  支払方法 | | 窓口払　　そ の 他  口座振替　（　　　　） | | | |

　(注)　これ以下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　給　資　格  審　査　結　果 | |  | | | |
| 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 課員 | 起案者 |
|  |  |  |  |  |