|  |
| --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |