|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院交通費補助金請求書  年　　月　　日  　新地町長　　　　　殿  住　所  請求者  氏　名  　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 | 通院回数  (Ａ) | １往復当たりの通院交通費  (Ｂ) | | | | | 通院交通費総額  （(Ａ)×(Ｂ)上限額30,000円）　　(Ｃ) | | | | | | | 申請額  ((Ｃ)－5,000円) | | | | | |
| 年　　月分 | 回 |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 年　　月分 | 回 |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 年　　月分 | 回 |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 年　　月 | 回 | （通院した日を○で囲んでください） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １  17 | ２  18 | ３  19 | ４  20 | ５  21 | | ６  22 | ７  23 | ８  24 | ９  25 | 10  26 | 11  27 | | 12  28 | 13  29 | 14  30 | 15  31 | 16 |
| 年　　月 | 回 | １  17 | ２  18 | ３  19 | ４  20 | ５  21 | | ６  22 | ７  23 | ８  24 | ９  25 | 10  26 | 11  27 | | 12  28 | 13  29 | 14  30 | 15  31 | 16 |
| 年　　月 | 回 | １  17 | ２  18 | ３  19 | ４  20 | ５  21 | | ６  22 | ７  23 | ８  24 | ９  25 | 10  26 | 11  27 | | 12  28 | 13  29 | 14  30 | 15  31 | 16 |
| 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。  所在地  医療機関  名　称　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |