|  |
| --- |
| 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） |
| １17 | ２18 | ３19 | ４20 | ５21 | ６22 | ７23 | ８24 | ９25 | 1026 | 1127 | 1228 | 1329 | 1430 | 1531 | 16 |
| 年　　月 | 回 | １17 | ２18 | ３19 | ４20 | ５21 | ６22 | ７23 | ８24 | ９25 | 1026 | 1127 | 1228 | 1329 | 1430 | 1531 | 16 |
| 年　　月 | 回 | １17 | ２18 | ３19 | ４20 | ５21 | ６22 | ７23 | ８24 | ９25 | 1026 | 1127 | 1228 | 1329 | 1430 | 1531 | 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　 |