

腎臓機能障害者通院交通費請求書

医 療 機 関 記 入 欄																	
住	所																
患	者	名															
通 院 及 び 受 診 日	月分	1	2	3	4	5	6	7	月分	1	2	3	4	5	6	7	
		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14	
		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21	
		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28	
		29	30	31	29	30	31										
		月 計						日			月 計						日
		1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12	13	14			8	9	10	11	12	13	14
		15	16	17	18	19	20	21			15	16	17	18	19	20	21
		22	23	24	25	26	27	28			22	23	24	25	26	27	28
		29	30	31			29	30	31			29	30	31			
		月 計						日			月 計						日
上記のとおり証明する。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 病院名 医師名 (または事務長名) </div> <div style="text-align: right;"> ㊞ </div>																	

受 給 者 記 入 欄							
利 用 交 通 機 関		鉄 道 (1)		路 線 バ ス (2)		自 家 用 車 (3)	
	月分	日×	円	日×	円	日×	円
	月分	日×	円	日×	円	日×	円
	月分	日×	円	日×	円	日×	円
	月分	日×	円	日×	円	日×	円
※ 自家用車利用の場合は、鉄道料金及び路線バス料金で換算した額となります。							

請 求 金 額	円
上記のとおり請求します。 年 月 日 遠 軽 町 長 様 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 請求者 住所 氏名 </div> <div style="text-align: right;"> ㊞ </div>	

注) 請求書は、四半期ごとにそれぞれの月までの分を各四半期最終月の翌月10日(7・10・1・4月)までに提出すること

町 記 入 欄	助 成 決 定 額	摘 要
	円	