

特定患者通院交通費請求書

医 療 機 関 記 入 欄																		
住 所																		
患 者 名							疾 患 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			
		月 計		日							月 計		日					

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

病院名

医師名 (または事務長名) Ⓜ

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)		(1)+(2)+(3)	
	月分	日×	円	日×	円	日×	円	円	
	月分	日×	円	日×	円	日×	円	円	
	月分	日×	円	日×	円	日×	円	円	
	月分	日×	円	日×	円	日×	円	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。
 ※ 月額20,000円が限度額となります。

請 求 金 額	円
---------	---

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

遠 軽 町 長 様

請求者 住所

氏名 Ⓜ

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	