

別紙

年 月 日

伊根町長 吉本 秀樹 様

(申請者) 住 所 伊根町字 _____

氏 名 _____ ㊟

電話番号 _____

精神保健 福祉手帳 の状況	番 号	京都府第 _____ 号
	等 級	_____ 級
	交付年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日
3 2 条適用医療機関名		_____

伊根町精神障害者等通院交通費支給申請書

下記のとおり通院交通費の支給を受けたいので、伊根町精神障害者等通院交通費支給要綱第6条の規定により申請します。

記

1、申請額 _____ 円 (_____ 年 _____ 月 から _____ 年 _____ 月まで)

2、通院交通費の内訳 (自宅から医療機関まで)

順路	交通機関	区 間 (経路)	運 賃		
			現行	改訂	改訂年月日
1		から (経由) まで			
2		から (経由) まで			
3		から (経由) まで			
4		から (経由) まで			
合計 (1+2+3+4)		現行 _____ 円	_____ 月 _____ 日改訂 _____ 円	_____ 月 _____ 日改訂 _____ 円	

1回の通院交通費 (A) _____ 円×2 (往復) = _____ 円 (B)

同上 _____ 月 _____ 日改訂 _____ 円×2 (往復) = _____ 円 (B)

3、支給申請額算出内訳

通院日数 (C)	月分 _____ 日	月分 _____ 日	月分 _____ 日	計延べ _____ 日
通院交通費 (B) × (C) = (D)				
支給申請額 (D) ≤ 3,000 円				

添付書類 通院証明書