

伊根町長 様

(申請者) 住 所 伊根町字
氏 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) ※自家用自動車等の場合、1 kmにつき 37 円とする

順路	通院方法	経 路	片道路程	片道運賃
1		～	Km	円
2		～	Km	円
3		～	Km	円

1 回の通院交通費 円 × 2 (往復) = 円 (A)

1 回の通院交通費 円 × 2 (往復) = 円 (A) (月 日改訂)

3. 支給申請額算出内訳

利用年月	通院日数 (B)	通院交通費 (A) × (B) = (C)	支給申請額 (5,000 円以上の場合は 5,000 円)
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
年 月	日	円	円
合計	日	円	円

精神保健福祉手帳	京都府第 号 級	精神通院医療機関名	
----------	----------	-----------	--

添付書類 通院証明書