

令和 年 月 日

宮津市長 様

申請者

住 所 宮津市字

氏 名



電話番号 ー

身体障害者手帳番号京都府第 号

宮津市じん臓機能障害者通院交通費助成金交付申請書

宮津市じん臓機能障害者通院交通費助成金交付要綱第4条に基づき、下記のとおり通院交通費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請額 _____円 令和 年 月から 令和 年 月まで

2 通院交通費内訳(住所地から医療機関まで)

【鉄道・バス・タクシー・福祉有償運送を利用した場合】

順路	交通機関	経路 (区間)	運 賃		
			現 行	改 訂	改訂月日
1			円	円	
2			円	円	
3			円	円	
合 計			円	円	

※運賃は、割引後の金額を記入してください。

1回の通院交通費 円×2(往復) = 円

同上 月 日改訂 円×2(往復) = 円

【自家用車を利用した場合】

交通機関	区 間	鉄道又はバスを利用した場合の実費相当換算額
自家用車	自宅から _____ まで	円×2 (往復) = 円

3 支給申請額算出表

通院日数	月分 日	月分 日	月分 日	月分 日	月分 日	月分 日	計延 日
通院交通費	円	円	円	円	円	円	円
支給申請額又は10,000円の少ない方の額)×1/2	円	円	円	円	円	円	円

4 振込口座 ※前回と同じ場合は記入不要。

金融機関名	本支店	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
銀行 信用金庫 農業協同組合		普・当			