

小児慢性特定疾病治療交通費助成申請書

年 月 日

府中町長

申請者住所.....

申請者氏名.....

受診者との続柄..... 受診者の.....

次のとおり、小児慢性特定疾病の治療のために広島県外の医療機関を受診したので、交通費の助成を申請します。

なお、交付決定後は当該助成金を下記の口座に振り込んでください。

太枠内を記入してください。

<b>(ふりがな) 受診者氏名</b>		( )		<b>生年月日</b>	年 月 日		
				<b>受給者番号</b>			
<b>同伴者</b>	<b>同伴の有無</b>	<input type="checkbox"/> 往復とも同伴者あり <input type="checkbox"/> 片道のみ同伴者あり <input type="checkbox"/> 同伴者なし					
	<b>氏名</b>	<input type="checkbox"/> 申請者（上記）に同じ			<b>続柄</b>	<input type="checkbox"/> 申請者（上記）に同じ 受診者の	
	<b>住所</b>	<input type="checkbox"/> 申請者（上記）に同じ					
	<b>電話番号</b>	( ) -					
<b>助成金申請額</b>		円		<b>今年度通算 申請回数</b>	回目 (助成限度は1年度あたり3回です)		
<b>交通機関 利用年月日</b> (交通機関は該 当するものを○ で囲んでくださ い)	<b>往路</b>	<b>交通 機関</b>	新幹線・高速バス・飛行機・ 高速船・自家用車・ その他 ( )		<b>利用 年月日</b>	年 月 日	
	<b>復路</b>	<b>交通 機関</b>	新幹線・高速バス・飛行機・ 高速船・自家用車・ その他 ( )		<b>利用 年月日</b>	年 月 日	
<b>振込先 (※)</b>	<b>金融機関名</b>	銀行 金庫 店 組合 農協 所					
	<b>預金種別</b>	普通 当座	<b>(ふりがな) 口座名義人</b>		( )		
	<b>口座番号</b>						(左詰記入)
申請受理年月日							

※ 振込先の口座名義人は、必ず申請者氏名と一致させてください。

添付書類

- ・ 県外医療機関を受診した際の領収書若しくは請求書（写し可）
- ・ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- ・ 公共交通機関を利用した場合の往復分の領収書（写し不可）