

保護変更申請書(通院交通費)

令和 年 月 日

武蔵村山市福祉事務所長 殿

通院に伴う交通費の支給を申請します。(令和 年 月分)

申請者 住所 _____

氏名 _____

通院者氏名		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
経路	自宅	→	→	→	→	医療機関
利用交通機関 (運賃)	[]	[]	[]	[]	[]	[]
	(円)	(円)	(円)	(円)	(円)	(円)
交通費合計	片道運賃	円×2(往復)×	日=			円
<input type="checkbox"/> 現金運賃 ※現金で公共交通機関を利用した場合は、チェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 障害者手帳利用						

*最も経済的かつ合理的な経路による必要最小限度の範囲が支給対象となります。

*公共交通機関以外(タクシー等)を利用する場合は、必ず事前に地区担当員へご相談下さい。

医療機関記入欄											
武蔵村山市福祉事務所長 殿											
令和 年 月 日											
様が令和 年 月に当医療機関に通院した日は、下記のとおりであることを証明します。											
医療機関名 _____											
担当者 _____ 印											
記											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	合計		通院日に医療機関・主治医・担当者等の押印をお願いします。(スタンプ印可)		
									日		

福祉事務所記入欄											
<input type="checkbox"/> レセプトによる確認											
<input type="checkbox"/> 医療機関へ電話確認											
確認年月日 令和 年 月 日											
医療機関担当者 _____ 地区担当員 印											

(タクシー等を利用した場合は、領収書を裏面へ添付して下さい。)