

様式第 1 号

雄 武 町 精 神 障 害 者 等 通 院 交 通 費 助 成 申 請 書

令和 年 月 日

雄武町長 様

申請者
住 所 _____

氏 名 _____ 印

雄武町精神障害者等通院交通費の助成を受けたいので、要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。

通院月日	月 日 ~ 月 日 日間	発着地名	自：	
通院者名	障害者名 (. . 生)	介護者名 (. . 生)	至：	
			計	他制度負担額
J R 運賃	円	円	円	円
バス運賃	円	円	円	円
急行料金	(k m) 円	円	円	円
特急料金	(k m) 円	円	円	円
ハヤ-料金	円	円	円	円
自家用車	(k m) 円	円	円	円
宿 泊 料	(泊) 円	円	円	円
計	円	円	A 円	B 円
通 院 目 的	治療 診断 訓練 検査 相談 判定 その他		申請 金額	A - B 円

通院先

- ① 医療機関の住所 _____
② 医療機関名 _____

振込希望金融機関名等

銀行	支店	普通	口座番号	
信用金庫		当座	名 義 人	

(注) ハイヤー料金と宿泊料の助成申請する場合は、領収書等の写しを添付してください。