

池田町長 様

申請者 住 所 池田町
氏 名
電話番号

入通院交通費助成金交付申請書兼請求書

池田町小児慢性特定疾病児入通院交通費助成金交付要綱第6条第1項の規定による交付を受けたく、関係書類を添えて、次のとおり申請します。交通費の助成が決定された場合、交付決定額を請求します。

1. 入通院期間 年 月 日から 年 月 日まで

2. 助成申請・請求額 _____ 円

<内訳>

月	入通院日数	交通費実費 (A)	助成申請額 ※(A)×1/2の額と月額上限50,000円 を比較して低い方
月分	日	円	円
月分	日	円	円
月分	日	円	円
月分	日	円	円
月分	日	円	円
月分	日	円	円
合計	日	円	円

3. 助成金の振込先

振込先※いずれかに記入	ゆうちょ銀行 以外の場合	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合					本店・支店 出張所
		預金種別	普通・当座					
		口座番号						
		(フリガナ) 口座名義						
	ゆうちょ銀行 の場合	金融機関名	ゆうちょ銀行					
		記号-番号	-					
(フリガナ) 口座名義								

添付書類: 県外医療機関を受診したことが分かる書類(受診時の医療機関の領収書の写し等)、有料道路通行料金の領収書もしくは公共交通機関利用の領収書(往復分)(定期券使用の場合は、定期券の写しを添付してください。)

(注) 本申請書兼請求書は、申請書として受理した後、内容を確認し、交付決定した時点で請求書として受理するものとする。