

通院交通費助成金請求書

市役所(障がい福祉課)に提出する日

年 月 日

福島市長

請求者住所

福島市

受給資格者の住所・氏名をお願いします。
 なお、相続人が請求する場合は、相続人の住所・氏名をお願いします。

氏名

電話番号

助成金の支給について、次のとおり請求します。

受給資格者氏名

請求月	通院交通費月額	申請額 (交通費月額-4,000円) <small>※交通費月額(30,000円以上の場合は30,000円とする)</small>	
年 月分	通院に要した 月額を記入して 下さい。	交通費月額から4,000円引いた額 を記入して下さい。 月額が30,000円を超えた場合は 30,000円から4,000円引いた額 を記入ください。	※福島市使用欄
年 月分			
年 月分			

(通院した日を○で囲んでください)

年 月分	回	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
年 月分	回	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
年 月分	回	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

上記のとおり、人工透析のため当院へ通院したことを証明します。

医療機関

所在地

医療機関で記載する欄になります。

名称