

鶴居村難病患者等通院費助成申請書

申請者が記載すること	住 所	鶴居村									
	世帯主名										
	患者名										
	保護者名										
	医療機関名										
	利用した交通機関及び費用	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> バス ( 停留所より 停留所まで) <input type="checkbox"/> 電車 ( 駅より 駅まで) <input type="checkbox"/> 急行 <input type="checkbox"/> 特急 <input type="checkbox"/> 指定席 <input type="checkbox"/> 寝台 <input type="checkbox"/> 航空機 ( 空港より 空港まで) <input type="checkbox"/> 自家用車 (自宅より (医療機関名)まで) <input type="checkbox"/> 宿泊 ( 泊 日) 支出額計 _____ 円  ※公共交通機関及び宿泊施設を利用したことを証する書類並びに支出額が分かる書類を添付すること。 ※航空機を利用した場合、航空機の利用が必要であった旨の医師の診断書・証明書を添付すること。									
	上記のとおり治療を受けるため、通院費を要したので、通院費の助成を受けたく申請します。  令和 年 月 日  <div style="text-align: right;">申請者氏名 印</div> 鶴居村長 大石 正行 様										
医療機関記載欄	通 院 証 明 書										
	上記の者について、次のとおり当院に通院したことを証明する。										
	記 (診療実施日に捺印をすること。)										
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
回	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	31	年 月 日									
	病院名 医師又は事務長 印										
村記載欄	認定欄										
	基準額算定	_____									=
	助成決定額	基準額	_____ 円	×1/2	=	金	_____ 円				