

別記様式（第3条関係）

重度心身障害者通院助成金支給申請書

年 月 日

世 羅 町 長 様

申請者 住 所 世羅郡世羅町大字 番地

氏 名 ⑩

0847 () —

(申請者が本人のとき押印はいりません。)

通院助成金を次のとおり申請いたします。なお、重度心身障害者通院助成における資格の認定のために、課税状況を確認することに同意します。

対象者	住 所	世羅郡世羅町大字		番地	
	氏 名		生年月日	年 月 日生	
手帳の 種類等	身 障	広島県第 号 1・2・3 級	療 育	第 号	Ⓐ・A・Ⓑ
	精 神	第 号 1・2 級			
支給申請額	金	円	*支給決定額	円	
自家用車		_____ km (1回往復距離) ×	円 × 通院回数 _____ 回	= _____ 円 (月)	
			_____ 回	= _____ 円 (月)	
公共交通 (バス等)		円 (1回あたり) × 通院回数	_____ 回	= _____ 円 (月)	
			_____ 回	= _____ 円 (月)	
			_____ 回	= _____ 円 (月)	
タクシー等		_____ 円 (月)	_____ 円 (月)	_____ 円 (月) (領収書添付)	
合計額 (月分)		_____ 円	審査額	_____ 円	
(月分)		_____ 円	審査額	_____ 円	
(月分)		_____ 円	審査額	_____ 円	
通院証明欄 (通院日の記載及び確認印の押印をお願いしてください。) ※入院日、退院日及び入院中の外泊における交通費は含まれません。					
月日	月				
医療機関 押印欄					
月日	月				
医療機関 押印欄					
月日	月				
医療機関 押印欄					
*この申請は、7月・10月・翌年1月・4月に前月分までをまとめて行うことができます。					
上記のとおり通院したことを証明します。					
年 月 日					
病 (医) 院住所					
病 (医) 院名・担当医師名					
印不要					

助成金振込口座

振込先	銀行・農協・信用組合	支店・支所	口座種別	普通・当座
口座 番号	フリガナ			
	口座名義人			