



年 月 日

国立市 福祉事務所長 殿

住所 国立市 _____

氏名 _____

通院移送費 申請書(月分)

次のとおり、生活保護法による医療扶助の通院移送費を申請します。

| | | | | | |
|-------|----|------|---|-----|-----|
| 交通費内訳 | 区間 | 電車 | ～ | 往復 | 円 |
| | | 電車 | ～ | 往復 | 円 |
| | | バス | ～ | 往復 | 円 |
| | | バス | ～ | 往復 | 円 |
| | 合計 | 往復金額 | | 円 × | 回 = |

通院証明書

上記の者は、下表のとおり当院に通院したことを証明します。

年 月分

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 通院日内訳 | 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 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

(お願い) お手数ですが、対象者の通院について、当該日欄に「押印」又は「ご署名」ください。

医療機関 所在地

名 称

_____ (取扱者)

印

印