

（新宮市 地域保健課）別紙のとおり支出額を認定し、支出してよろしいか							
市長	副市長	部長	課長	補佐	係長	係	合議

起案	令和 . .
決裁	令和 . .
施行	令和 . .

----- ここから上、事務局用 -----

指定難病等患者交通費扶助申請書

（宛先）新宮市長

通院等に要した交通費を申請します。

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

申請者（患者）	ふりがな 氏名		住所	〒 -
	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	電話番号	- -
			受給者番号	
内容	申請期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで	通院等の 医療機関数	
				か所

振込先	患者本人の口座を記入。お子さん（18歳未満）の場合は保護者の口座でも構いません。			
	銀行名	銀行・農協 信用金庫 労働金庫	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 他（ ）
			口座番号	
	支店名	支店 支所	口座名義カナ	

～添付書類チェック～

- 通院状況報告書（様式第2号）
 - どちらか1つ
 - ・上限額管理票の写し
 - ・通院等証明書（様式第3号）※医療機関の押印が必要です
 - 医療費受給者証の写し
 - 振込先通帳などの写し（キャッシュカードなどでも可）
 - （公共交通機関利用時のみ）領収書の原本（ 枚）
- ※バスの場合、領収書がなくても申請可能です

受付 No	