

指定難病等患者交通費扶助申請書

(あて先) 新宮市長

患者本人	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	〒 -	申請期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月
		受給者番号	

申請者	(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 患者本人と同じ場合は✓してください	患者との続柄
	住所	〒 -	電話番号

※原則患者本人の口座を指定してください。  
ただし、患者本人が小児慢性特定疾病患者の場合は、保護者の方の口座でも申請可能です。

振込先	振込先	銀行 信用金庫 農協	預金の種類	普通
	支店名		口座番号	
			口座名義(カナ)	

交通手段	利用された交通手段に✓をしてください。※複数選択可		
	<input type="checkbox"/> 自家用車※1 <input type="checkbox"/> バス※2 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 鉄道		
	※1 自家用車にチェックを入れた方は、(備考1)に主要なルートを記入してください。 ※2 バスにチェックを入れた方は、(備考2)に利用区間等を記入してください。		
	備考1 自家用車主要ルート		
	和歌山方面	三重方面	奈良方面、その他
<input type="checkbox"/> 国道42号線 <input type="checkbox"/> 国道311号線 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 国道42号線 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 国道168号線 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備考2 バス利用区間			
利用区間 _____ ~ _____      利用料金(片道) _____ 円			

上記のとおり通院等に要した交通費にかかる費用について、関係書類を添えて申請します。

提出書類

申請時この書類以外に下記の書類が必要です。

- 通院証明書(指定難病等患者通院等証明書 様式第2号)又は自己負担上限額管理票の写し
- 領収書の原本(バス・タクシー・鉄道利用時)  
※バス利用時、領収書を発行してもらえない場合は不要です。
- 通帳の写し
- 医療費受給者証の写し

受付No.

受付No.	