

## 通院交通費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

嬭恋村長 様

申請者 (18 歳未満の児童については申請者は児童の保護者)

住 所 嬭恋村大字

氏 名 \_\_\_\_\_

下記の通り人工透析療法のため通院しましたので、通院交通費の支給を申請いたします。

### 1. 対象者等

対象者氏名 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる (対象者が 18 歳未満に限る)		
	氏名 _____		
交通機関 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 公共交通機関	通院病院名	
	<input type="checkbox"/> 自家用車		

### 2. 通院日数 (申請対象月を表の左側( )に記入し、通院した日に○をつけてください)

( )	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
( )	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
( )	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

### 3. 請求額 (交付基準による)

																	円
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

### 4. 支払金融機関 (下記のいずれかに✓を入れてください)

- じん臓機能障害者通院交通費補助金届出濟口座へ振込を希望
- 上記以外の口座への振込を希望 (別途、補助金口座届出書の提出が必要です)

### 5. 同意事項 (✓を入れてください)

- 資格確認のため、嬭恋村が課税状況・その他必要な事項について確認することに同意します。

## 補助金交付基準

次の①と②を比較していずれか低い額（1ヶ月あたり）

①実際の送迎の移動手段によりいずれかの方法で通院した場合

- ・公共交通機関（バス・電車・福祉有償運送等）を利用する場合  
→ 実際に支払った金額
- ・自家用自動車で通院した場合  
→ 1kmあたり16円で計算した金額

②以下の表に該当する額

通院距離（往復）	補助月額
2km～25km 未満	2,600円
25km～75km 未満	3,200円
75km 以上	5,200円