**医療移送費支給申請書**

年　　　　月　　　　日

豊見城市福祉事務所長　殿

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり　　　　月分の移送費を申請します。

**通院証明書**

月

* 通院日等に押印願います

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり計　　　　回通院したことを証明します。

　指定医療機関名

院長又は取扱者印　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通院先 | 交通機関 | 乗車区間 | 交通費（片道） |
|  | バス　・　タクシー介護タクシーその他(　　 　　　)　 | からまで | 円 |
| 移送回数　　　　　回　　　　　　　　　合計　　　　　　　　　　円 |

※　通院回数証明書は、通院先の医療機関に記入してもらってください。