

心身障がい者通院交通費助成金申請書（ 月分）

必ずしおりをご確認ください

通院月日	病 院 名	交 通 機 関 及 び 経 路	交通費（負担実額）	
			バス・電車 有料道路	タクシー
月 ／ 日				
／				
／				
／				
／				
／				
			合計金額記入欄 表と裏の合計金額 円	

※合計金額が2,500円に満たない場合は請求できません。

人工透析 通院日	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

※透析での通院は、①上記通院日に○印及び②右上余白に医療機関の通院確認印、での請求もできます。
ただし、同じ病院でも、透析以外の通院は、その都度通院確認が必要です。

町 田 市 長 様

フリガナ				フリガナ				
申請者氏名				児童氏名 (18歳未満)				
生年月日		年 月 日		生年月日		年 月 日		
住所	町田市					手帳の種類		介護者
						☐ 身体手帳 ☐ 1種 ☐ 有	☐ 有	
電話番号	- -					☐ 愛の手帳 ☐ 2種	☐ 無	
振込先	☐ 前回と同じ	金融機関名			銀 信 用 金 庫 農 行 庫 協	支 出 店 所		
	種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号			口座名義人 (カタカナ)		

※障がい福祉課記入欄

	合計	合計-2500	×50%	①+②
タクシー			①	③
電車・バス 有料道路		②		③×70%

支給金額 円

受付	
確認1	
確認2	

通院月日	病 院 名	交 通 機 関 及 び 経 路	交 通 費（負 担 実 額）	
			バス・電車 有料道路	タクシー
月 / 日				
/ 				
/ 				
/ 				
/ 				
/ 				
/ 				
/ 				
/ 				
/ 				