

記入例

心身障がい者通院交通費助成金申請書（

〇〇クリニック
(人工透析の医院)

電車・バスの場合は必ずバス停名、
駅名を記入して下さい。

定期的な人工透析通院
の場合の通院確認印

必ずしおりをご確認ください

通院月日	病 院 名	経路	金額	備考
4月1日	〇〇病院	町田市役所市民ホール前 → バス 180円 → 町田駅 → 電車 130円 → 相模大野駅 → バス 120円 → 病院	860円	
		病院 → バス 120円 → 町田駅 → 電車 130円 → 相模大野駅 → バス 120円 → 所市民		
4月8日	〇〇病院	経路は前回と同じであれば省略して構いません。 もしくは、〇/〇と同じと記入してください。	860円	
		4/1と同じ		
4月10日	□□病院	自宅 → タクシー 630円 → 病院		
		病院 → タクシー 630円 → 自宅		
			1260円	

介護者有りの場合は、
介護者の分を含めた金
額を記入して下さい。

※定期的な人工透析利用の場合のみ下記通院日
欄の日付に○印を付けて、用紙1枚につき通院
確認印は1ヶ所（用紙右上）でも構いません。

1ヶ月分の合計金額

※合計金額が2,500円に満たない場合は請求できません。

合計記入欄
表と裏の合計金額

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
ただし、同じ病

申請者と口座名義人は原則同一氏名でお願い
します。※児童の場合、申請者氏名・口座名義
を保護者としての請求が可能です。

確認印、での請求もできます。

町田市長

該当する部分をチェックし
て下さい。

前回と同じ口座の場合は
チェックしてください

フリガナ	マチダ マチコ	フリガナ	
申請者氏名	町田 町子	児童氏名 (18歳未満)	
生年月日	S50年 4 月 1 日	生年月日	年 月 日
所	町田市 森野2-2-22	手帳の種類	介護者
電話番号	042- 724 - 2148	☐ 身体手帳	☐ 有
☐ 前回と同じ	金融機関名	☐ 愛の手帳	☐ 無
	〇〇銀行	銀行	町田
	信用金庫	農協	出張所
店番号	123	種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄
		口座番号	1234567

※障がい福祉課記入欄

この部分は記入しないで下さい

支給金額

円

電車・バス
有料道路

②

①+②

合計-2500

×50%

③

①

③×70%

受付

確認1

確認2

[illegible]