

# 記入例

心身障がい者通院交通費助成金請求書 (

**電車・バスの場合は必ずバス停名、駅名を記入して下さい。**

〇〇クリニック  
(人工透析の医院)

定期的な人工透析通院の場合の通院確認印

必ずしおりのをご確認ください

通院月日	病院名	交通機関及び経路	有料道路	タクシー
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 病院 → バス(120円) → 相模大野駅 → 電車(130円) → 町田駅 → バス(180円) → 町田市役所市民ホール前	860円	
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、○/○と同じと記入して下さい。] 4/1と同じ	860円	
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。

1ヶ月分の合計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。

※合計金額が2,500円に満たない場合は請求できません。

合計金額記入欄  
表と裏の合計金額  
円

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名称を記入して下さい。ただし、同じ病院でも、透析以外の通院は、その都度通院確認印を記入して下さい。

該当する部分を  
チェックして下さい。

2ヶ所押印  
してください。

申請者と口座名義人は原則同一氏名をお願いします。  
※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。

住所	町田市 森野2-2-22	手帳の種類	介護者	捨印
電話	042 ( 722 ) 3111	<input type="checkbox"/> 身体手帳	<input type="checkbox"/> 有	印
申請者氏名	町田 町子	<input type="checkbox"/> 愛の手帳	<input type="checkbox"/> 無	
生年月日	明・大・昭・平 33年12月1日	金融機関	支店	
児童氏名(18歳未満)		◎◎銀行	町田	
生年月日	平 年 月 日	口座番号	名義(カナ)	
		普通 1234567	マチダ マチコ	

※障がい福祉課記入欄

合計	合計-2500	× 50%	①+②	受付
		①	③	確認1
			③×70%	確認2
支給金額	円	電車・バス 有料道路		

この部分は記入しないで下さい

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				

表面の欄が足りない場合は、続けて裏面に記入して下さい。