

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

住所	町田市	手帳の種類	介護者	捨印 印
電話	()	<input type="checkbox"/> 身体手帳 <input type="checkbox"/> 愛の手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申請者氏名	(印)	金融機関		支店
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	口座情報 普通	口座番号	
児童氏名 (18歳未満)			名義(カナ)	
生年月日	平 年 月 日			

※障がい福祉課記入欄

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

