

様式第1号(第4条関係)

真庭市特定疾患等医療附带療養交通費支給申請書

令和 年 月 日

真庭市長 様

申請者 住所 真庭市

氏名 印

電話番号

次のとおり、真庭市特定疾患等医療附带療養交通費支給規程第4条の規定に基づき、交通費の支給を申請します。

対象者 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
対象者 住所	真庭市		
申請者との 続柄	通院距離 (片道)	キロメートル	
振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店 支所
	口座番号		
	(ふりがな) 口座名義人		

【 医療機関証明欄 】

疾患名						
通院月及 び回数	月	回	月	回	月	回
	月	回	月	回	月	回
通院治療 を受けて いる医療 機関名及 び所在地	医療機関名 所在地 電話番号					
	上記のとおり証明する。 担当医師 印					

添付書類 特定疾患医療受給者証等の疾患名を証する書類(写し)

【 真庭市使用欄 】

支給基準	通院距離(片道) : k m、支給基準額(月額) : 円
支給金額	支給基準額(月額) : 円 × 箇月分 = 円