

様式第1号（第5条関係）

安芸太田町乳幼児等医療機関通院等交通費助成事業交付申請書兼請求書

年 月 日

安芸太田町長 様

申請者（保護者）
住 所 安芸太田町

氏 名 印

電話番号 () -

下記のとおり、安芸太田町乳幼児等医療機関通院等交通費助成事業実施要綱に基づく助成を受けたいので申請（請求）します。
この通院又は通所に対し、他の公的制度による交通費助成は受けていません。
また、この通院又は通所に対し、今後も他の公的制度による交通費助成の申請は行いません。
この通院又は通所は、安芸太田町から町外の保険医療機関等へ通ったものです。

対象乳幼児等氏名 (兄弟児併記可)	生年月日（満年齢）		
通院又は 通所した日 (年 月分)	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日
	④ 年 月 日	⑤ 年 月 日	⑥ 年 月 日
	⑦ 年 月 日	⑧ 年 月 日	⑨ 年 月 日
	⑩ 年 月 日	⑪ 年 月 日	⑫ 年 月 日
	⑬ 年 月 日	⑭ 年 月 日	⑮ 年 月 日
	⑯ 年 月 日	⑰ 年 月 日	⑱ 年 月 日
申請額	合計 円（1, 0 0 0 円× 日） ※1カ月に2日以上の日数		
振込 口座	銀行 農協 信金	本店 本所 支店	口座番号 普通 当座
			() 口座名義

※添付書類：お子さんが受診したことが証明できる書類（領収書又は診療明細書等）

※＜以下は町が記入する欄ですので記入しないでください。＞

※決定欄	1 下記のとおり助成します。 全通院日数 日 支給額 円	決 定 年月日	年 月 日
	2 次の理由により申請を却下します。 理由		

課長	主幹	課長補佐	係長	合 議