

# 通院移送費申請書

伊豆の国市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

住 所

氏 名

(印)

次のとおり生活保護法による医療扶助の移送費の申請をします。

利用交通機関

電 車	自	至	片道	往復	円
バ ス	自	至	片道	往復	円
その他	自	至	片道	往復	円
				計	円
合 計		円 ×		回 =	円

月通院証明

日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
印											
日	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
印											
日	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
印										回	

通院者

病名

上記のとおり通院したことを証明します。

令和 年 月 日

指定医療機関

所 在 地

名 称

(印)