



(裏面)

町 記 入 欄	助 成 金	円	交通費計算区間【	駅 ⇔	駅 ⇔	駅】
			A	B		
			計 算 式 (	円－	円＋	円)
			宿 泊 費 合 計 (	泊	日	円)
			A 最も経済的な通常の経路により算出した額又は上限額の計			
			B 他制度における割引及び助成金を受ける事ができる額の計 (10 円未満切り捨て)			

備考

- 1 「助成対象区分」欄には、該当項目番号に「○」を付し、受給している受給者番号を記載してください。
- 2 「手帳の有無」が有の場合は、手帳の写しを添付してください。
- 3 利用交通機関は利用した交通機関全てに「○」を付し、2機関以上利用の場合は「別記様式第3号」に詳細を記入し添付してください。(交通費の助成は利用交通機関の往復の実費の交通費の3分の2の額を助成します。ただし、フェリー運賃は全額助成とします。)
- 4 2回以上の通院をまとめて申請する場合は「別記様式第3号」に詳細を記入し添付してください。
- 5 宿泊費に係る助成を申請するときは、宿泊した施設の領収証等を添付してください。(宿泊費の助成は1泊9,000円を上限とし、その2分の1の額を助成します。ただし、宿泊費の助成期間は、受診前日、受診当日の2日を限度とし、食事代は含みません。)
- 6 難病者等通院旅費等の助成申請は、通院月の2か月以内に申請があったものをその翌月支給します。ただし、年度末月の助成申請は、翌月の4月末日までに申請手続きをしてください。

難病者等通院証明書

通院者氏名	
通院区分	1 特定疾患・指定難病・小児慢性特定疾患（病名） 2 先天性血液凝固因子障害 3 自立支援医療（人工透析） 4 その他の疾患（町長が特に必要と認めた疾患）

※ 通院者氏名を記入し、通院区分の該当番号に○を付してから実施医療機関の証明を受けてください。

《実施期間証明についてお願い》

上記、通院区分の通院治療のための交通費等の助成に必要なになります。  
 月単位での申請となりますので、月毎に1枚発行してください。

年 月 分															
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	※通院した日に医師等(証明者)の押印を願います。													

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

実施医療機関名称

証 明 者

印

## 交通機関・宿泊費内訳書

通院(所)年月日	適 用		
年 月 日 〃 年 月 日	交通機関	フェリー	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		鉄道	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		都市間バス	経路 ( ~ ) 経路 ( ~ )
		航空機	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		自家用車	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		宿泊	宿泊費の有無 (有・無) 宿泊した施設名 ( ) 宿泊をした日 ( 年 月 日 ・ 年 月 日 )
年 月 日 〃 年 月 日	交通機関	フェリー	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		鉄道	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		都市間バス	経路 ( ~ ) 経路 ( ~ )
		航空機	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		自家用車	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		宿泊	宿泊費の有無 (有・無) 宿泊した施設名 ( ) 宿泊をした日 ( 年 月 日 ・ 年 月 日 )
年 月 日 〃 年 月 日	交通機関	フェリー	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		鉄道	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		都市間バス	経路 ( ~ ) 経路 ( ~ )
		航空機	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		自家用車	往路 ( ~ ) 復路 ( ~ )
		宿泊	宿泊費の有無 (有・無) 宿泊した施設名 ( ) 宿泊をした日 ( 年 月 日 ・ 年 月 日 )