

保護変更申請書（交通費）

令和 年 月 日

厚木市福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名

次のとおり.....月中に通院・通所しましたので交通費の支給を申請します。

通院・通所者の氏名		病院・医院・施設の名	
交通機関	区 間	料金（片道料金×回数×日数）	
電 車	から 小 障	円 × 回 × 日 =	円
	から 小 障	円 × 回 × 日 =	円
バ ス	から 小 障	円 × 回 × 日 =	円
	から 小 障	円 × 回 × 日 =	円
そ の 他	から 小 障	円 × 回 × 日 =	円
	から 小 障	円 × 回 × 日 =	円
合 計 金 額	電車 円 + バス 円 + その他 円 =	円	

注意 1 その他の交通機関を利用した場合は、領収書等を添付してください。

2 小人料金又は障害者減免の方は、小・障を○で囲んでください。

（以下については、通院・通所先にて証明を受けてください。）

通 院 ・ 通 所 証 明 書

厚木市福祉事務所長 様

医療機関・施設名

証明者(担当者)名 印

..... 殿は 月中に次のとおり通院・通所したことを証明します。

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

※ 通院・通所日に担当者の押印をお願いします。