

# 精神障がい者交通費助成申請書

(自家用車利用の場合は申請できません)

令和 年 月 日

湯 沢 町 長 様

受診者住所 湯沢町

受診者氏名

障害者保健福祉手帳 あり なし

同伴者氏名

※受診者が中学生以下の場合のみ記入

1. 通院回数 月分 回

2. 利用交通機関

イ. 電車

駅から

駅まで

ロ. バス

から

まで

(手帳なし又は県外)

3. 訪問看護回数 月分 回

電車賃	バス賃	訪問看護 交通費	支払総額	助成額 (普通料金の1/2)
円	円	円	円	円

- ・電車運賃・バス賃・訪問看護交通費の実費をご記入ください。(鉄道特急料金は対象外です。)
- ・精神障害者手帳をお持ちの方には、バス賃の助成はありません。バス乗降の際に手帳を提示し割引を受けてください。県外等手帳で割引を受けられない場合は申請できます。

## 通院・訪問看護通知書

湯 沢 町 長 様

医療機関名

印

下記のとおり通院・訪問看護をしたことをお知らせします。

( 月分)

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・訪問看護日に医師の捺印をお願いします。								