

人工透析患者交通費助成申請書

年 月 日

湯沢町長 様

住所

氏名

1. 通院回数 月分 回

2. 利用交通手段

- イ. 電車 駅から 駅まで
ロ. バス から まで
ハ. 病院送迎バス(有償) 病院まで

電車賃	バス賃	病院送迎バス	支払総額	助成額
円	円	円	円	円

※タクシー料金は原則助成しませんので当該区間の電車、バス賃をご記入ください。

通院通知書

湯沢町長 様

医療機関名

医師名

印

下記のとおり通院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				

※通院日に医師の捺印をお願いします。