

通 院 移 送 費 申 請 書

令和 年 月 日

寝屋川市福祉事務所長 様

申請者 住所 寝屋川市 _____

氏名 _____

次のとおり生活保護法による通院移送費を申請します。

乗 り 物	区 間	回 数	単 価	申請金額
			円	円

受 付 印	

※福祉事務所記入欄

認 定 欄	認 定 額
	円
※認定根拠法令	

※以下は医療機関で記入してもらってください。

通 院 証 明 書

令和 年 月 日

寝屋川市福祉事務所長 様

指定医療機関所在地
お よ び 名 称

担当医師氏名 _____ (印)

1. 患者名 ()
2. 通院日数 日 (月分)

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

