

県外通院費助成申請書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

前橋市小児慢性特定疾病児童等県外通院費（県外通院費）助成について、必要書類を添えて、次のとおり申請します。算定にあたり必要があるときは、小児慢性特定疾病の通院において利用した公共交通機関や医療機関までの経路、医療機関等の通院の有無について前橋市が調査を行うことに同意します。助成金については、「県外通院費助成申請書」により登録された私名義の口座または受領委任した口座に振り込んでください。

1 通院者

小児慢性受給者番号	通院者氏名

2 申請者（口座名義人）

通院者との続柄	父・母・その他（ ）
住 所	前橋市
電話番号	— —
氏 名	

3 支払いを希望する金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	備 考
本・支店名	本・支店 支所・出張所	
口座番号	普通・当座	
フリガナ		
口座名義人		

4 通院日、医療機関、利用交通機関等（※欄は記載不要です。）

【1回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等（該当するものに○）	自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他（ ）	金額 ※
医療機関名	行き	
所在地	帰り	
距離 ※	Km	

【2回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等（該当するものに○）	自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他（ ）	金額 ※
医療機関名	行き	
所在地	帰り	
距離 ※	Km	

(裏面)

【3回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等 (該当するものに○)		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他 ()	金額 ※
医療機関名		行き	
	通院日確認欄 ※		
所在地		帰り	
	距離 ※ Km		

【4回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等 (該当するものに○)		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他 ()	金額 ※
医療機関名		行き	
	通院日確認欄 ※		
所在地		帰り	
	距離 ※ Km		

【5回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等 (該当するものに○)		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他 ()	金額 ※
医療機関名		行き	
	通院日確認欄 ※		
所在地		帰り	
	距離 ※ Km		

【6回目】 通院日： 年 月 日

利用交通機関等 (該当するものに○)		自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他 ()	金額 ※
医療機関名		行き	
	通院日確認欄 ※		
所在地		帰り	
	距離 ※ Km		

(注意事項)

- 1 公共交通機関を利用する場合は、患者 (受給者) 本人および付き添いの保護者 1 名分の交通費の助成となります。
- 2 ※欄は記載不要です。
- 3 通院方法欄は、該当するものすべてを○で囲んでください。
- 4 2回目以降の通院先、通院方法等が同じときは、通院日以外の記載は「1回目に同じ」等省略可能です。
- 5 自己負担上限額管理票等、通院したことが確認できる書類を添付してください。
- 6 JR、私鉄、バス、タクシー等公共交通機関の通院費を申請する場合は、領収書を添付してください。