

備前市特定疾患医療附帯療養交通費補助金交付申請書

令和 年 月 日

備 前 市 長 様

申請者 住所 氏名 TEL	印	本人記入欄
------------------------	---	-------

下記のとおり令和 年度(前期・後期)備前市特定疾患医療附帯療養交通費補助金の交付を申請します。  
なお、申請者に係る市税の収納状況及び課税状況の確認に同意します。

※医療機関が記入してください。				医療機関証明欄
対象者氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
住 所	備前市	申請者との続柄		
病 名				
通院治療を受けている医療機関	上記の者は下記のとおり通院していることを証明する。 所在地 名称 令和 年 月 日 印			
通院日及び回数 ※証明月 4月～9月 または 10月～3月	月		回	
	月		回	
	月		回	
	月		回	
	月		回	
	月		回	
自宅から病院までの交通機関	バス JR タクシー 自家用車	〔市バス マイナンバー提示して無償利用 有・無〕		本人記入欄
補助金振込口座	銀行・信用金庫・農協 本店・支店・支所 普通当座 口座番号 口座名義人			
交付積算額	片道 円 × 通院回数 回			記不要
交付決定額	円			

※タクシー利用の場合は、領収書を添付してください。

自家用車等利用の場合は、バスまたはJR等公共交通機関を利用した場合に要する費用で計算します。

※証明欄の印が医師の個人印の場合は医師の氏名の記載をお願いします。

◎次に該当する方は、交付できません。

- 1.市内に住所を有しない方
- 2.本人、扶養義務者の所得が1,000万円を超える方
- 3.本人、扶養義務者に市税の滞納がある方