

受付印

# 保護変更（移送費）申請書

|                 |                              |        |
|-----------------|------------------------------|--------|
| 受療者氏名<br>(生年月日) | (      歳) 男・女<br>年    月    日 | 指定医療機関 |
| 付添者氏名           |                              |        |

下記のとおり通院しました(往診を受けました)ので、交通費(燃料代)を支給してください。

年    月    日

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

受療者との関係 \_\_\_\_\_

|         |                |                               |     |     |     |     |     |     |     |        |     |
|---------|----------------|-------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|-----|
| 医療機関記入欄 | <div></div> 月分 | [通院日に担当医(事務取扱者)の認印を捺印してください。] |     |     |     |     |     |     |     |        |     |
|         | 1日             | 2日                            | 3日  | 4日  | 5日  | 6日  | 7日  | 8日  | 9日  | 10日    | 11日 |
|         |                |                               |     |     |     |     |     |     |     |        |     |
|         | 12日            | 13日                           | 14日 | 15日 | 16日 | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日    | 22日 |
|         |                |                               |     |     |     |     |     |     |     |        |     |
|         | 23日            | 24日                           | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 通院日数合計 |     |
|         |                |                               |     |     |     |     |     |     |     |        |     |

上記のとおり通院したことを証明します。

年    月    日

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

担当医療機関

(担当医師)

| 乗車種類              | 区 間 | 日 数 | 往復(片道)料金 | 人 員 | 所要額 |
|-------------------|-----|-----|----------|-----|-----|
| 電車・バス・その他(      ) | ～   |     |          |     |     |
| 電車・バス・その他(      ) | ～   |     |          |     |     |
| 電車・バス・その他(      ) | ～   |     |          |     |     |
| 電車・バス・その他(      ) | ～   |     |          |     |     |
| 電車・バス・その他(      ) | ～   |     |          |     |     |
| 合 計               |     |     |          |     | 円   |

※福祉事務所記入欄

|     |                                  |                              |   |    |
|-----|----------------------------------|------------------------------|---|----|
| 認定額 | <input type="checkbox"/> 申請額のとおり | <input type="checkbox"/> 修正額 | 円 | 担当 |
|-----|----------------------------------|------------------------------|---|----|