

受付印

保護変更（移送費）申請書

受療者氏名 (生年月日)	(歳) 男・女 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	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)											

所要額	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	☐ 申請額のとおり ☐ 修正額	円	担当
-----	---	---	----