

尾道市小児救急医療交通費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

尾道市長様

申請者 住所  
 (保護者) 氏名  
 電話番号  
 対象小児との続柄 ( )

尾道市小児救急医療交通費助成金支給要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。  
 また、支給対象と認められた場合、本状をもって助成金を請求します。

対象小児	氏名		生年月日	年 月 日				
	住所							
申請内訳	受診日	移動区間		交通機関	車種区分	障害者割引	交通費（申請額）	※交通費（決定額）
	年 月 日	⇔	片道 往復	自家用車・航路 タクシー・バス	普通車（ETC・現金） 軽自動車（ETC・現金）	<input type="checkbox"/> 適用	円	円
	年 月 日	⇔	片道 往復	自家用車・航路 タクシー・バス	普通車（ETC・現金） 軽自動車（ETC・現金）	<input type="checkbox"/> 適用	円	円
	年 月 日	⇔	片道 往復	自家用車・航路 タクシー・バス	普通車（ETC・現金） 軽自動車（ETC・現金）	<input type="checkbox"/> 適用	円	円
	年 月 日	⇔	片道 往復	自家用車・航路 タクシー・バス	普通車（ETC・現金） 軽自動車（ETC・現金）	<input type="checkbox"/> 適用	円	円
	年 月 日	⇔	片道 往復	自家用車・航路 タクシー・バス	普通車（ETC・現金） 軽自動車（ETC・現金）	<input type="checkbox"/> 適用	円	円
※該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 定期航路の移動がある場合 <input type="checkbox"/> 定期券使用(助成対象外)					助成金請求額／決定額（合計）		円	円

振込先口座（申請者と同名義）

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
		普通・当座		

※決裁欄

係員	係長	課長

※欄は記入しないでください。