

参考様式

阿賀町長 様

住所 阿賀町

申請者

氏名

印

(対象者との続柄

)

通院通所交通費助成証明書

年 月分

日付	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日
確認											
日付	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日
確認											
日付	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	合計	
確認										回	

上記の者が通院通所したことを証明する。

年 月 日

医療機関名

印

通院・通所施設名

利用区間及び利用経費

①利用区間(JR)	から	まで	往復	円
	から	まで	往復	円
②利用区間(バス)	から	まで	往復	円
	から	まで	往復	円
申請金額	円(円×	回×1/2=	円)