

不妊治療交通費助成申請書

年 月 日

阿賀町長 様

申請者 住所 阿賀町
氏名
(受療者氏名)

下記の通り通院をしましたので、交通費の助成を申請いたします。

助成要件確認のため、申請者の住民基本台帳、町税等の納税状況等の確認、医療機関、調剤薬局等へ必要事項を確認することについて同意します。

■受診日

通院月	通院日 (通院した日を○で囲んでください。)	日数
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
合計		日

■医療機関名

■利用区間 ○自家用車 自宅 ~ 医療機関 まで 往復 km 円
※1kmあたり20円で算出

○JR ~ まで 往復 円

○バス ~ まで 往復 円

■申請金額 円 (円 × 回 = 円)

振込指定 金融機関	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所	種 別	
		口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

※申請には、受診日と治療内容が確認できる、領収書と明細書の写しが必要です。