別記様式(第3条関係)

身体・知的・精神障害者通院助成金支給申請書(　　年　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体・知的・  精神障害者 | 氏名 | |  | | | | | 生年月日 | |  | | | | | 年齢 | | | 歳 | | |
| 住所 | | 大崎上島町 | | | | | | | 身障・療育・精障  手帳番号 | | | | | 第　　　　号 | | | | | |
| 月分  通院証明欄  ※治療のため通院した日の日付欄へ押印して下さい。 | | | | 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 | | 合計 | |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | | 日間 | |
| 上記のとおり通院したことを証明します。  年　　　月　　　日  病院の所在地  名称  氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請額 | | 円 | | | | 算出内訳 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり車での通院助成を申請します。  　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  大崎上島町長　様  　　　　　　　　　　　　申請者住所　　大崎上島町  　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  上記のとおり相違ないことを証明する。  福祉課長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

記載上の注意

　(1)　「通院日証明欄」は、通院した病(医)院で証明を受けて下さい。

　(2)　「申請額」は、1日1,000円(月5日)とする。

　(3)　この申請書は、翌月の10日までに提出して下さい。