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。