

様式第1号（第5条関係）

月形町乳幼児等医療機関通院交通費助成事業交付申請書兼請求書

年 月 日

月形町長 様

申請者

住所 月形町 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

下記のとおり、月形町乳幼児等医療機関通院交通費助成事業実施要綱に基づく助成を受けたいので申請（請求）します。

この通院に対し他の公的制度による交通費助成は受けていません。

また、この通院に対し今後も他の公的制度による交通費助成の申請は行いません。

この通院は、月形町から町外の保険医療機関へ通ったものです。

対象乳幼児等氏名		生年月日 (年齢)	対象乳幼児等氏名		生年月日 (年齢)
		年 月 日 (満 歳)			年 月 日 (満 歳)
		年 月 日 (満 歳)			年 月 日 (満 歳)
		年 月 日 (満 歳)			年 月 日 (満 歳)
申請額		円 ( 1, 0 0 0 円 × 日 )			
支払方法	<input type="checkbox"/> 振込	銀行 農協 信金	本店 本所 支店	口座番号	普通 当座
	<input type="checkbox"/> 現金	口座名義 (カタカナ)			

※《以下は町が記入する欄ですので記入しないでください。》

※決定欄	1 下記のとおり助成します。 通院日数 日 支給額 円	決 定 日 年 月 日	年 月 日
	2 次の理由により申請を却下します。 理由		

課長	課長補佐	係長	主査	係	合議
					税務係