

記入例

様式第1号の2（第4条関係）

医療機関等への通院等交通費助成（変更）申請書

令和5年4月1日

記入の際には、消せるボールペンは使用せず、油性ボールペン等を使用してください。摩擦や熱によって文字が消えてしまう可能性があります。

申請者住所 江田島市大柿町大原505番地

申請者氏名 江田島 さくら

電話番号 (0823- 43 - 0000)

江田島市障害者施設等への通所等交通費助成事業実施要綱第4条第1項に基づき、交通費の助成（変更）申請をします。なお、通院等に当たって利用する交通機関等は次のとおりです。

通院等の経路	利用する交通機関	1日当たり所要額	医療機関等名称
例1) 自宅 ~ 宇品港 宇品港 ~ ○○クリニック	付き添い（保護者）分 高速船（980×2） 市内電車（220×2） 児童分 高速船（490×2） 市内電車（110×2）	1,960円 440円 980円 220円	○○クリニック
例2) 自宅 ~ ○○心療所	自家用車 57.4km×2×38円	4,332円	○○心療所
合計		(※例1の場合) 3,600円	

1 km未満は切り捨てです。

※自家用車を利用する場合は1 km当たり38円で計算してください。

変更の場合、その理由	
------------	--

助成金振込先情報（必須） 選択肢は○で囲んでください。

金融機関名	○ ○ <input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫 信組 信連 農協 漁協 信漁連 △ △ 支店
口座名義 (カタカナ)	エタジマ サクラ
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座 1234567

※通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。