様式第１号（第４条関係）

（表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　月 　日

心身障害者医療費、通院費等助成認定申請書

　　　　　日南町長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者 住所 日南町　　　　　　　　番地

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 

 （受給者との続柄 ）

　　　　　　日南町心身障害者医療費、通院費等助成事業実施要綱第４条の規定により次のとおり

　　　　　関係書類を添付して申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名　　　　　　　　 |  | 性別 |  男・女 |
| 住　　　所　　 | 日南町 | 生年月日 |  年 月 日 |
| 　　　　　　申請する内容 | □① 知的障害者（第２条第１項第１号）　　　 （医療費、通所費助成）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□② 精神障害者（第２条第１項第２号及び第３号）　　 （通院医療費、通院費、通所費助成）　　　　　　　　　　　　　□③ 身体障害者（第２条第１項第４号） （通院費助成） |
| 資格を有するもの | □① 療育手帳番号 　　　号 　年 月 日交付□② 自立支援医療費受給者証又は医師の証明書　□③ 身障者手帳 第 　 号 年 月 日交付 |
| 通院等方法及び費用 | 裏面のとおり |

（裏）

交　通　費　の　内　訳

|  |  |
| --- | --- |
| 通院費 |   |

（１）方法及び交通費 ※太線の枠の中だけ記入して下さい。

|  |
| --- |
| （　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車　 （　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車　（　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車（　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車 |
|  |  |  |
|  往復交通費 円 ㎞（ 円）・・・Ａ　　　　 （注）自家用車の場合、交通費は１㎞当たり２０円で算出。 |

 （２）Ａのうち他の法令の助成対象となる往復交通費の額 円・・・Ｂ

 （３）他の法令による助成の額Ｂ 円×1/2 ＝ 円・・・Ｃ

 （４）１回当たりの通院費助成額（Ａ 円－Ｃ 　 円）×1/4 ＝ 　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 通所費 |   |

 （１）方法及び交通費 ※太線の枠の中だけ記入して下さい。

|  |
| --- |
| （　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車（　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車（　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車（　 から まで）往復 円 ㎞ バス 電車 自家用車 |
|  |  |  |
|  往復交通費 円 ㎞（　 円）・・・Ａ（注）自家用車の場合、交通費は１㎞当たり２０円で算出。 |

 （２）Ａのうち他の法令の助成対象となる往復交通費の額 円・・・Ｂ

 （３）他の法令による助成の額Ｂ 円×1/2 ＝ 円・・・Ｃ

 （４）１回当たりの通所費助成額（Ａ 円－Ｃ 　 円）×1/4 ＝ 　　　円