　　　　　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