

芳賀町通院時タクシー利用助成金交付申請書

芳賀町長 様

年 月 日

申請者	住所	電話番号 - -
	氏名	生年月日 年 月 日
対象者 (※)	氏名	生年月日 年 月 日

※対象者が子どもであり、保護者が申請者となる場合のみ記入してください。
 子ども…出生した日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者
 保護者…親権を行う者、未成年後見人その他の者で子どもを現に監護する者

1 申請内容を記入してください。

利用月	年 月	※申請月から2か月以内のものが助成対象です。		
通院日	医療機関の 名称	金額	経路（該当するものを○で囲む）	
			出発	到着
日		円	自宅・医療機関	自宅・医療機関
日		円	自宅・医療機関	自宅・医療機関
日		円	自宅・医療機関	自宅・医療機関
日		円	自宅・医療機関	自宅・医療機関
日		円	自宅・医療機関	自宅・医療機関
日		円	自宅・医療機関	自宅・医療機関
		合計金額 円	×2/3=	申請金額 円

※申請金額は合計金額の3分の2の金額（100円未満切捨て）で1か月当たり20,000円が限度額になります。

2 振込先口座について、どちらかの口に印をつけ、口座を指定する場合は枠内を記入してください。

- 2回目以降の申請であるため、登録済みの口座への振り込みを希望します。
- 初回申請であるため、又は登録口座の変更を希望するので、次の口座への振り込みを希望します。

口座 振込 依頼 欄	金融機関名		支店名		口座番号				
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 支所 出張所		●	●	●	●	
	口座種別	口座 名義	(フリガナ)						
	普通・当座								

注意事項

- 申請する際は必ずタクシーの領収書原本（介助料金、待機料金等運賃以外の費用がある場合はその内訳が明示されているもの）と医療機関の領収書又は診療明細書等（原本）を添付してください。医療機関の領収書は確認後返却します。
- 対象者（子ども）が申請者（保護者）と同一世帯でない場合は、保護者であることを証する書類（戸籍謄本、未成年後見人選任の審判書等）の写しを添付してください。
- 申請者（保護者）の居住地にかかわらず、対象者（子ども）が町内に住所を有していない場合は助成対象外です。
- この用紙は、1か月ごとに分けて使用してください。
- 自宅と医療機関の移動以外には利用できません（医療機関から他の医療機関へ転院する場合は利用可）。
- 申請期限を経過したものについては、助成できません。

