

芳賀町高齢者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 (利用者)	住所 芳賀町	電話番号 - -
	氏名	生年月日 年 月 日

1 要件を確認するため、該当する□に印をつけてください。

- 自動車運転免許をもっていない
- 他の法令等による補助を受けている運賃を含んでいない。

2 申請内容を記入してください。

利用月	年 月	※利用月から2か月以内のものが助成対象です。		
通院 年月日	医療機関の 名称	金額	経路 ※該当する経路を○で囲む。	
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
年 月 日		円	自宅→医療機関	医療機関→自宅
※申請金額は合計金額の2分の1の金額(100円未満切捨て)で1か月当たり10,000円が限度額になります。		合計金額 円	× 1/2 =	申請金額 円

3 振込先口座について、どちらかの□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

- 1 申請する際は必ずタクシー等の領収書原本(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(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。
- 2 この用紙は、1か月ごとに分けて使用してください。
- 3 自宅と医療機関の移動以外には利用できません。
- 4 申請期間を経過したものについては、助成できません。
- 5 他の法令等により補助等を受けている運賃は当事業の助成対象外です。当事業による助成後に他の法令等により補助等を受けていることが判明した場合は、助成金の全部又は一部を返還してください。