様式第１号（第６条関係）

八頭町身体障がい者通院支援タクシー利用費助成金交付申請書

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

住所

申請者　　氏名

電話番号

八頭町身体障がい者通院支援タクシー利用費助成金交付要綱第６条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通院日 | 医療機関 | 利用費 | 助成額 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 円 |
|  | **計** | **円** | **円** |

添付書類

・タクシー利用費領収書

・通院先医療機関の診療領収書

・身体障害者手帳の写し