

記入例

認定被爆者通院交通費支給申請書

(兼口座振替依頼書)

広島市長

令和 年 月 日提出

ふりがな 氏名	ひろしま たらう 広島 太郎	被爆者健康手帳番号	000000-0	明治 大正 10年4月1日生 昭和	男・女
居住地	広島市 中区 国泰寺町一丁目6-34	電話 (504-2195)		認定番号	000000-0
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第10条第2項第1号から第3号までの医療の給付を受けた負傷又は疾病の名称	大腸がん				
口座振替を希望する金融機関及び口座番号	① 医療特別手当てと同じ		普通預金		
	2 1以外の場合 (銀行名 支店名 口座番号)				
<ul style="list-style-type: none"> 私の通院交通費は、上記の口座に振り替えてください。 通院交通費認定のために必要があるときは、通院の状況について、広島市長が医療機関に照会等を行うことに同意します。 					

通院医療証明書

上記の者については、次のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第10条第2項第1号から第3号までの医療を行うため、通院したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名 医療機関で作成して
所在地 もらってください
開設者の氏名
又は担当医師

年 月分 通院日	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日
	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	合計	日	

患者が通院した日の日付に○印をし、合計に日数を記入してください。

通院経路 (初めて申請される場合と、通院経路及び交通費に変更が生じた場合にのみ、記入してください。)

利用する乗り物	会社名	利用区間 (停留所、駅等)	交通費
バス・電車・JR 船舶・アストラムライン	広電	市役所前 ~ 本通り	片道 160 円
バス・電車・JR 船舶・アストラムライン		~	片道 円
バス・電車・JR 船舶・アストラムライン		~	片道 円
計			片道 160 円

この申請書は、原爆被害対策部援護係、各区地域支えあい課または出張所へ提出してください。

この申請書に申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字があった場合、広島市が訂正を行うことを承諾します。

◎ 以下の欄は記入しないでください。

受付印	決 定		令和 年 月 日決裁
	1 認定	往復額 円×日数 日=	係 係長 課長
	2 却下	理 由	