

## ≪認定被爆者通院交通費支給申請書記入上の注意点≫

※ 裏面に 

|     |
|-----|
| 記入例 |
|-----|

 があります。

申請書に氏名を記入、被爆者健康手帳番号、生年月日、性別、居住地、認定番号、認定疾病の名称、通院経路を記入してください。

※ 認定疾病以外の病気による通院は支給対象外です。

※ 公共交通機関以外(自家用車など)での通院は支給対象外です。

通院医療証明書欄は、医療機関で作成してもらってください。

別紙を付ける際は、通院医療証明書（別紙）をすべて医療機関で作成してもらってください。また、別紙のみでは申請できません。

支給期間は医療特別手当と同じです。

※ ただし、遡れるのは通院交通費申請日（提出日）から過去5年間です。

申請書の提出先は、市役所本庁舎3階原爆被害対策部、各区地域支えあい課、各出張所（似島出張所を除く）です。

【お問合せ】

広島市役所 原爆被害対策部 援護課

電話：082-504-2195（直通）

## 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<br>氏名  | ひろしま たろう<br>広島 太郎  | 被爆者健康手帳番号<br>0 0 0 0 0 0 0 | 明治<br>昭和<br>15年4月1日生           | 男・女 |
| 居住地   | 広島市 中区 国泰寺町一丁目6-34 | 連絡先(082-504-2195)          | 法第11条第1項の認定番号<br>0 0 0 0 0 0 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                       |                                |     |
| ・私の通院交通費は、現在受給中の医療特別手当の振込先の金融機関口座に振り込んでください。<br>・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。<br>・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。 |                    |                            |                                |     |

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<br>船舶・アストラムライン | 広電  | 市役所前 ~ 本通り   | 片道 220 円 |
| バス・電車・JR<br>船舶・アストラムライン |     | ~            | 片道 円     |
| バス・電車・JR<br>船舶・アストラムライン |     | ~            | 片道 円     |
| 計                       |     |              | 片道 220 円 |

## 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  
所在地  
開設者の氏名  
又は担当医師**「通院医療証明書」は、認定疾病の治療で通院している医療機関に、作成を依頼してください。**

| 年 月分<br>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   |     |

申請者が通院した日付に○印をつけ、合計欄に通院日数を記入してください。

◎ 以下の欄は記入しないでください。

| 受付印 | 結 果  |                  |
|-----|------|------------------|
|     | 1 認定 | 往復額 円 × 日数 日 = 円 |
|     | 2 却下 | 理 由              |