様式第２号（第４条関係）

人工透析患者等通院交通費助成金交付申請額算出内訳書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

１　身体障害者手帳・特定疾患医療受給者証の所有状況

　　　　番号　　　　北海道　　　　　　号　　　　　　障害等級　　　　級

　　　　道受給者認定番号

２　医療機関への通院状況

　（１）主に治療を受けている医療機関名及び所在地

　　　　名称

　　　　所在地

　（２）通院の際利用する交通機関

３　交通費負担の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交通機関名 | 乗　車　区　間 | 運賃実費負担額（円） |
| （駅　名　・　停留所名等） | 乗車券（往復） | 定期乗車券 |
|  | ～ | 　　　　　　円 | 　ヵ月分　　　　円 |
|  | ～ | 　　　　　　円 | 　ヵ月分　　　　円 |
|  | ～ | 　　　　　　円 | 　ヵ月分　　　　円 |
| 合　計 |  | 　　　　　　円 | 　　　　　円 |

４　負担額に関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| 保険種別 | 被用者（本人）・被用者（家族）・国保・後期高齢・その他（　　　　） |
| 保険者名 |  | 受給者の被保険者証の記号及び番号 |  |
| 該当する所得区分 | 低１　・　低２　・　一般所得１　・　一般所得２　・　上位所得 |
| 受給者と同一保険の加入者 |  |