様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

香美町子ども遠距離通院交通費助成金交付申請書兼請求書

　香美町長　　様

　申請者（保護者）

住　　所　香美町

氏　　名

電話番号　（　 　　　） 　 　－

　下記のとおり、香美町子ども遠距離通院交通費助成事業実施要綱に基づく助成を受けたいので、関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、申請に当たっては、下記の同意事項の全てに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)子ども氏名 |  | 生年月日（満年齢） | 年　　月　　日生（　　　　才） |
| 通院(入院)の目的 |  |
| 受診日医療機関名(　　年　　月分） | 受診日 | 医療機関名 | 自宅からの距離 |
| 　　年　　月　　日 |  | 片道　　　　Km |
| 　　年　　月　　日 |  | 片道　　　　Km |
| 　　　年　　月　　日 |  | 片道　　　　Km |
| 　　　年　　月　　日 |  | 片道　　　　Km |
| 申請額(10円未満切捨て) | 合計　　　　　　円（往復距離×37円÷2）×　　回）※上限5,000円/回 |

　（注１）太枠の中をご記入ください。

 （注2）自宅から医療機関等までの距離が不明な場合は、空白でも構いません。

※確認後、☑をご記入ください。

【誓約・同意事項】

□ 子ども、保護者(申請者)ともに町内に在住しています。

□ この通院は、自宅から片道おおむね100km以上の医療機関等へ子どもの治療(検査)のため通ったものです。

□ この通院に対し、他の公的制度による交通費助成は受けていません。

□ この通院に対し、今後も他の公的制度による交通費助成の申請は行いません。

□ 町が助成要件の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。

□ 町が助成決定をした後、申請書及び請求書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、町が定める期限までに申請者に連絡・確認できない場合は、町は当該申請が取り下げられたものとみなします。

□ 助成金支給後、申請内容等に偽りがあった場合又は相違があり助成要件に該当しなかった場合には、支給済みの助成金について速やかに返還します。

（裏面あり）

【振込口座】

上記の助成金については、次の口座に振込を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 銀行信用金庫農協信用組合 | 支店名 |  | 本・支店本・支所出張所 |
| 口座の種類 | 普通　・　　当座 | 口座番号 |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |
|  |  |
| ゆうちょ銀行の場合 | 通帳記号（６桁目がある場合は※欄にご記入ください。） | 通帳番号（右詰めでご記入ください。） |
| １ |  |  |  | ０ | ※ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を依頼する場合は、下欄に**署名**してください。

委任状

私は、上記口座名義人に子ども遠距離通院交通費助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

　　年　　月　　日

申請者氏名

【添付書類】

* お子さまが医療機関等を受診されたことを証明できる書類（領収書又は診療明細書等）
* 振込先口座情報書類（通帳、カード）の写し

≪　町記入欄　≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※決定欄 | １　下記のとおり助成します。　　　全通院日数　　　日　　支給額　　　　　　　円 | 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| ２　次の理由により申請を却下します。理由 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 副課長 | 係長等 | 係 | 合　議 |
|  |  |  |  |  |