

記入例

交 通 費 及 び 宿 泊 費 内 訳 書

100円未満
切り捨て

対象者名	区分	対象 区分	受診日 (月／日)	交通費			宿泊費			選定額 (合計) G=c+f	助成額 H =G×2/3	医療機関名 (所在地市町村)	
				補 助 基準額 a	実際に要 した交通 費 b	選定額 (交通費) c	補 助 基準額 d	実際に要した宿 泊費 e					選定額 (宿泊費) f
								泊数	金 額				
川内 太郎	子ども		7／5	2,230	2,230	2,230	4,000	1	4,000	4,000	6,230	4,100	〇〇病院 薩摩川内市
〃	〃		8／6	2,230	2,230	2,230	5,000	1	6,000	5,000	7,230	4,800	〃
〃	〃		9／15	2,230	2,230	2,230	10,000	2	12,000	10,000	12,230	8,100	〃
川内 花子	付添者		7／5	4,450	4,450	4,450	4,000	1	4,000	4,000	8,450	5,600	〃
〃	〃		8／6	4,450	4,450	4,450	5,000	1	6,000	5,000	9,450	6,300	〃
〃	〃		9／15	4,450	4,450	4,450	10,000	2	12,000	10,000	14,450	9,600	〃
複数回分をまとめて申請することも可能です。 その際は、対象者ごとに受診日順で記入してください。				高速船またはフェリーの 運賃(往復分)を記入して ください。 領収書の金額と合ってい るか確認してください。			通院に伴う宿泊がある場合、 宿泊数及び宿泊代を記入し てください。 1回の通院につき2泊が上 限です。 宿泊がない場合、記入は不 要です。			受診した医療機関及び医療 機関の所在地市町村名を 記入してください。			
合 計				—	—	—	—	—	—	—	58040	38500	

1 色が付いていない太枠部分のみ記入してください。

2 別紙記入例を参考に記入してください。