

高齢者通院等交通費助成金交付申請書

古河市長 宛て

年 月 日

申請者 (利用者)	住所	電話番号 ( )
	氏名 (印) ※自署の場合、押印は不要です。	生年月日 明・大・昭 年 月 日

古河市高齢者通院等交通費助成事業実施要綱第2条第2項及び第6条確認欄（□にチェックを入れてください。）

下記の①から⑥のいずれにも該当しない

① 茨城県県税条例第71条の19第1項第3号の規定により、種別割の減免を受けている。

② 古河市税条例第90条第1項第1号の規定により、種別割の減免を受けている。

③ 古河市障害者福祉タクシー利用料金助成事業による助成を受けている。

④ 短期入所生活介護、短期入所療育介護、介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療育介護を利用している（ショートステイ等）。

⑤ 特定施設入居者生活介護事業所又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所に指定された施設に入居している。

⑥ 他の法令等による補助等を受けている運賃を含んでいる。（高齢者外出支援タクシー運賃助成事業等）

利用月 年 月分 → 利用月 から2箇月以内に申請してください。

日付	医療機関等の名称	医療機関等の印	金額	経路 ○をつけてください。		
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
				自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
申請金額は、合計金額の2分の1の金額（100円未満切捨て）で、5,000円を限度とする。			合計金額 円	×1/2=	申請金額 円	

利用が初めての方又は振込先の口座を変更する場合は、記入してください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座種別 普・当	口座番号			
	フリガナ 口座名義人						

## 注意事項

- 1 必ずタクシー等の領収書（介助料金、待機料金等の運賃以外の費用がある場合は、内訳が明示されているもの）を裏面に貼付してください。助成の対象となるのは、運賃のみです。（介助料金、待機料金は除く。）
- 2 この用紙は、1箇月分につき1枚使用してください。
- 3 1箇月で8回（片道を1回として）までの利用となります。
- 4 自宅と医療機関等の移動以外には利用できません。
- 5 他の法令等により補助等を受けている運賃は当事業の助成対象外です。当事業による助成後に他の法令等により補助等を受けていることが判明した場合は、助成の全部又は一部を返還してください。

領収書貼付欄