

様式第1号（第7条関係）

利用した方について
記入してください。

高齢者通院等交通費助成金交付申請書

年 月 日

申請者 (利用者)	住所	電話番号 ()
	氏名 (印)	生年月日
	※自署 申請者の氏名を自署する場合は、 押印は不要です。	明・大・昭 年 月 日

古河市高齢者通院等交 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。
- ③ 古河市条例第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。
- 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）

各項目に該当しないことを確認し、
必ずチェックを入れてください。

利用月 8年 4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。		
4/10	〇〇病院		1,550	自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
4/10	〇〇病院		2,000	自宅→医療機関等	医療機関等→自宅	転院
4/20	〇〇病院		3,000	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
			合計金額	申請金額		
			6,550 円	×1/2=	3,200 円	

通院した医療機関で印を
押してもらってください。

タクシー運賃の合計を
記入してください

どれかに○を
つけてください。

利用が初めての方又は口座を変更したい
方は記入をお願いします。
（2回目以降の利用で、口座変更が無い
方は記入の必要はありません）
支店名や口座番号の記入方法が不明な方
は、口座の写しも添付してください。

場合は、記入してください。

合計金額の半額で100円未満を切り
捨てた金額を記入してください。
5,000円を超えるときは
5,000円と記入してください。

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
	フリガナ 口座名義人		