

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 ※自署の申請者の氏名を自署する場合は、 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金交付申請書 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19条第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 各項目に該当しないことを確認し、種別割の減免を受けている。
- ③ 古河市 必ずチェックを入れてください。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（介護サービスによ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（介護付有料老人ホーム、ケアハウス等）。
- 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 通院年月日	○年 4月分	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
4/10		〇〇病院		2,000	自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
4/20		□□クリニック		740	自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
					自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
					自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
					自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
					自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
					自宅→医療機関等 医療機関等→自宅
申請金額は、合計金額の半額の金額（100円未満を切り捨て）				合計金額 4,290 円	申請金額 2,100 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

どちらかに○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。

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。

利用が初め

口座振込依頼欄

口座名義人

本店
支店
支所
出張所口
普

「ふくとく・チケット」を使用した領収書は申請できません

※申請時点において、死亡・市外転出されている場合は助成金の対象外となります。