

決 裁	課長	査察指導	医療担当	担当CW

保護変更申請書（通院移送費）

令和 年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名

通院のため移送費が必要ですので、以下のとおり支給を申請します。

使用交通機関	乗車区間	交通費（往復）
	～	円
	～	円
	～	円
月通院回数 計	回	交通費 計 円

通院回数証明書

月

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	医療機関にて、 通院した日の欄に認印を押してください。							

上記のとおり計 回通院したことを証明します。

医療機関名

注1 申請者は点線より上を記入してください。

注2 通院回数証明欄は、医療機関で書いてもらってください。

処 理	／ 付	担当CW	医療担当