**交通手当請求書**

大阪府知事　様

住所

自宅

携帯

（電話　　　（　　　　）　　　―　　　番）

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

被爆者健康手帳の番号　　　　　　　　 健康診断受診者証の番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ９ | ２ | ７ | ６ | ０ | １ | ３ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第 |  |  |  |  |  |  |  | 号 |

次のとおり請求します。

一般

ただし、原子爆弾被爆者健康診断 　精密 　 検査に伴う交通費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 がん

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 検査受診医療機関名 |  |
| ② | 検査受診年月日 | 月　　　　日　・　　　　月　　　　日月　　　　日　・　　　　月　　　　日受診日数合計　　　　　　　　日 |
| ③ | 居住地から医療機関までの交通費（公共交通機関に限る）（片道）記 入 例 150円 160円 布施 鶴橋　　 京橋（近鉄）　　（JR環状線） | （最寄りの駅）　　　　　　 円　　　　　　　　　　　 　円　　　　　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　 （　　　　　）　　　　　　 円　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　 （片道）　　　　　円×２＝（往復）　　　　　　　円 |
| ④ | 交　　　　通　　　　費（往復料金×受診日数） | 往復　　　　　　　円×　　　　日＝　　　　　　　円 |
| ⑤ | 支払希望金融機関名（被爆者本人の口座に限る。）※健康管理手当、医療特別手当、介護手当等を受給されている方は、登録されている口座に振込みますので右欄の記載は不要です。 | 銀行支店名 | 銀　　行信用金庫 | 支店 |
| ふりがな |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座番号 | （　普通　・　総合　） |

（内　訳）

※健康診断を受診された方は、この請求書を保健所又は地域保健課に提出してください。

（注）一般検査及びがん検査は１回につき往復４００円以上支出した場合に限ります。