交 通 機 関 利 用 明 細 書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな）  氏名 |  | | 認定番号 |  | |
| 所属 |  | |
| 医療機関名 |  | | | | |
| 交通機関名 |  |  |  |  |  |
| 利用区間 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| 通勤手当の  受領の有無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| 請　求　明　細（通勤手当受領区間は除くこと） | | | | | |
| 利用期間 | 年　月　日  ～  年　月　日 | 年　月　日  ～  年　月　日 | 年　月　日  ～  年　月　日 | 年　月　日  ～  年　月　日 | 年　月　日  ～  年　月　日 |
| 利用料金  （ａ） | 往復・片道  円 | 往復・片道  円 | 往復・片道    円 | 往復・片道  円 | 往復・片道  円 |
| 利用日数（ｂ） | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 区間別料金  （ａ×ｂ） | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 上記のとおり申し立てます。    　　　年　　　月　　　日  氏　　名 | | | | | |

　　　　　　　　　　　地公災大阪府支部様式