通院申告書

氏名 伊方 一郎 生年月日 令和4年5月1日 年齢 3 歳

私は、次のとおり通院したことを申告します。

1 自家用車及びバスを利用しての通院

	医療機関名	所在地 (市区町村まで)	回数	距離 (km)	単価	合計
3月	〇〇小児科	〇〇県●●市	2	10	700	1,400
	〇〇歯科	〇〇県△△町	3	21	1,400	4,200
	〇〇病院	〇〇県□□市	1	30	2,100	2,100
4月	〇〇小児科	〇〇県●●市	3	10	700	2,100
	〇〇歯科	〇〇県△△町	1	21	1,400	1,400
5月	〇〇小児科	〇〇県●●市	1	10	700	700
	〇〇病院	〇〇県□□市	1	30	2,100	2,100
合計						14,000

2 バスを除く公共交通機関又はタクシーを利用しての通院

	医療機関名	所在地 (市区町村まで)	交通機関名	金額
5月	〇〇総合病院	〇〇県△△市	J R	6,000
月				
月				
合計				6,000

注1 同日受診の際は、より遠方の医療機関を記載してください。

注2 2名以上の同日受診は、1回として記載してください。

注3 治療を伴わない通院（治療費の支払等のみの来院）は、通院交通費の支給対象外ですので、通院日数に算入しないでください。