

別紙様式

ケース番号					担当員番号	(年 月分)	※受理	年 月 日
							年月日	

生活保護法往診等用燃料代請求明細書

(往 診 届)

患者氏名										(居住地)														
生年月日					明 大 昭 平					年 月 日生														
往 診 等 日	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																							
燃 料 代	往診距離				単価				回数				請求金額											
	片道 2km まで				円				回				円											
	片道 3km まで				円				回				円											
	片道 4km まで				円				回				円											
	片道 km まで				円				回				円											
	片道 km まで				円				回				円											
	合 計								回				円											
摘 要																								
<p>上記のとおり届出並びに請求をします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>北九州市 福祉事務所長 様</p> <p>指定医療機関の所在地 及び名称</p> <p>院長又は開設者の氏名 印</p>																								

注1. この請求書は指定医療機関の自家用車による往診の際に要した燃料代を請求する場合に使用してください。

注2. 走路に特別な事情があった場合、特に説明を要する場合は摘要欄に記入してください。