|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **移　送　費　明　細　書** | 認定番号 | ～ |
| 被災職員 | 所属・所在地 |  |
| 住所・氏名 |  |
| 医師等の証明 | 　傷　病　名 |
| 通院日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 　　　　年　　　月合計日数　　　　　　　日間 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所見 | ※療養上タクシーの利用を必要としたときに、その理由及び期間を詳細に記載してください。 |
| 　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　 所 在 地　　　　　　　　診療機関の　 　名　　称　　　　　　　　　　　　　　　 主治医等の氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 移送費の明細 | 利用交通機関・区間・料金 | 金　　　額 | 経　　路　　略　　図（通院経路を実線、通勤経路は点線で記入のこと） |
|  |  |
| 金　　額　　合　　計 | 円 |

注　通勤手当が支給される期間は、通勤手当との重複区間は請求できません。

都支部様式第４２号