|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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