

医療移送費(介護タクシー等)現物給付請求書

※ 被保護者名																								
請求金額					+						百						千						円	
		(1)+(2)																						
日付		区 間				回数				単 価				金 額										
月 日		→				回				円				円										
月 日		→																						
月 日		→																						
月 日		→																						
月 日		→																						
月 日		→																						
月 日		→																						
月 日		→																						
(1)		小 計																						
(2)		消費税及び地方消費税に相当する額																						
令和 年 月 日																								
神 戸 市 長 宛																								
															〒									
															住 所									
															氏 名									
登録債権者番号																								
															TEL									
口座 振替	銀行 支店名																			口座名義(カナ)30字以内				
	預金 種目					口座 番号																		

- 注意**
- (1) 消費税及び地方消費税課税業者は、消費税及び地方消費税に相当する額を(2)欄に記入してください。
 - (2) 登録債権者は登録債権者番号を記入し、口座振替依頼欄を斜線で抹消してください。
 - (3) 未登録債権者は、口座振替依頼欄に記入してください。
 - (4) ゆうちょ銀行へ振り込む場合は、新たに設定された振込用の店名、預金種目、口座番号(7桁)を記入してください。
 - (5) ※は神戸市で記入します。

福祉事務所使用欄

以下の内容について確認しました。 確認印

- (1) 保護変更申請書(給付要否意見書(移送費))により移送費の給付を承認している。
- (2) 見積り合わせ等により、経済的かつ合理的な手段であることを確認した。

(3) 通院確認書により, 請求のあった日は通院していることを確認した。