

(様式1)

請 求 書

¥

ただし、令和 年度原爆被爆者健康診断受診者に対する
交通手当として

手帳番号 第 ー 号

| 検 査 内 容 | 受 診 日 |
|----------|----------|
| 一 般 検 査 | 令和 年 月 日 |
| がん検査(一般) | 令和 年 月 日 |
| 精密検査(一般) | 令和 年 月 日 |
| 精密検査(がん) | 令和 年 月 日 |

| 交通 経路 及び 運賃 | 交通機関の別 | 乗 車 区 間 | 片道運賃 | 往復運賃 |
|----------------------------------|-------------|---------|------|------|
| | JR ・ バス ・ 船 | ～ | 円 | 円 |
| | JR ・ バス ・ 船 | ～ | | |
| | JR ・ バス ・ 船 | ～ | | |
| 申請額(往復運賃の合計額を記入してください。) | | | | 円 |
| 決定額(保健福祉事務所記入欄。この欄には記入しないでください。) | | | | 円 |

(注1)この欄は、支給要領の3に該当する場合のみ記入すること。

(注2)タクシーを利用した場合は、最寄りの公共交通機関の最下級運賃に換算して請求すること。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

佐賀県知事 様

住所

氏名

下記の口座に入金することを希望します。

| 金融機関 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人 |
|------|-----|------|-------|
| | | 普通 | カタカナ |