

# 医療移送費(介護タクシー等)現物給付請求書

※ 被保護者名

+ 百 千 円

請求金額 (1)+(2)

日付	区 間	回数	単 価	金 額
月 日	→	回	円	円
	→			
	→			
	→			
	→			
	→			
	→			
	→			
	→			
(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

TEL

口座振替書	銀行	口座名義(カナ)30字以内		
	支店名			
	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。