

移 送 費 明 細 書

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

被災職員	所属・所在地	所 属 〇〇市〇〇部〇〇課 所在地 〇〇市〇〇町△番△号																															
	住所・氏名	住 所 〇〇市〇〇町□番△号 氏 名 基 金 太 郎																															
医師等 の 証 明	傷 病 名 右鎖骨骨折																																
	通院日 (右表に○印を記載)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	令和 〇 年 〇 月 合計日数 5 日間																
		〇							〇							〇																	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31															
								〇							〇																		
所 見	※療養上タクシー又は自家用車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。 受傷により歩行不能な状態となっている等、療養上タクシー又は自家用車の利用を要した場合のみ、その理由及び期間を記載してください。																																
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 診療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇番〇号 名 称 〇〇整形外科 主治医等の氏名 〇〇 〇〇 (※自署又は記名押印)																																	
移送 費 の 明 細	利用交通機関	区間	料金	回数	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)																											
	□□バス	JR 明石駅～ 〇〇町	200 円	10 (往復×5回)	2,000 円	徒歩 JR 徒歩 自宅 --- JR 加古川駅 --- JR 明石駅 ---勤務地 〇〇町 (〇〇整形外科) □□バス																											
	※記載漏れが多い項目です。 交通機関を利用した場合は、必ず記載してください。																																
金 額 合 計					2,000 円	通勤手当が支給される区間 交通機関名 JR 区間 加古川～明石																											

注 通勤手当が支給される区間がある場合、通勤手当との重複区間の請求はできません。

定期券等との重複がないか確認してください。