様式第２７号

**通院費（移送費）証明書**

￥

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童名

月分内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 医療機関名 | 経　　　　路  （自宅～医療機関） | | 通院費（移送費） | | |
|  |  |  | | 児童 | 円 | |
| 付添 | 円 | |
|  |  |  | | 児童 | | 円 |
| 付添 | | 円 |
|  |  |  | | 児童 | | 円 |
| 付添 | | 円 |
|  |  |  | | 児童 | | 円 |
| 付添 | | 円 |
|  | | | 合計 | 円 | | |

1. 医療機関への通院または入退院にかかる交通費（電車やバス等の公共交通機関を利用）が対象となります。付き添い者の交通費についても対象となります。
2. 添付書類…通院したことが分かる書類（服薬袋のコピー等）及びやむを得ずタクシーを利用した場合のみ領収書。

上記のとおり，移送費を支払ったことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設（里親）名

※　法人の場合は記名押印してください。

法人以外でも、本人（代表者）が自署しない場合には、記名押印してください。