

里親委託児童通院費証明書

(自家用車利用時用)

¥ _____

児童名 _____

月分内訳

年月日	医療機関名または 障害児通所支援事業所名	距離 (自宅～医療機関等)	通院費
		片道 _____ km × 2(往復) = _____ km…① ※往復 1km 未満は切り捨て	① _____ × 37 円 = _____ 円
		片道 _____ km × 2(往復) = _____ km…① ※往復 1km 未満は切り捨て	① _____ × 37 円 = _____ 円
		片道 _____ km × 2(往復) = _____ km…① ※往復 1km 未満は切り捨て	① _____ × 37 円 = _____ 円
		片道 _____ km × 2(往復) = _____ km…① ※往復 1km 未満は切り捨て	① _____ × 37 円 = _____ 円
		片道 _____ km × 2(往復) = _____ km…① ※往復 1km 未満は切り捨て	① _____ × 37 円 = _____ 円
			合計 _____ 円

1. 障害や重篤な虐待による心理的ケアなど定期的な通院が必要であり、通院に際して通院費用が発生する児童が対象となります。この場合の通院とは医療機関のほか、障害児通所支援を受ける場合を対象とします。
2. 通院費とは、乗用車(自家用車)のガソリン代など燃料費について対象とします。

上記のとおり、通院費が発生したことを証明します。

年 月 日

里親名