第２号様式（その２）（第６条関係）（付添人用）

交　通　費　申　告　表

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　瀬戸内町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

島外医療機関（宿泊療養施設）等に関する情報

１　島外医療機関（宿泊療養施設）名

２　島外医療機関（宿泊療養施設）所 在 地

３　島外医療機関（宿泊療養施設）入所者名

行　程　に　関　す　る　情　報

４　行　程

　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日

　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日

　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日

　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日

　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日

交　通　費　に　係　る　情　報

　５　金　額

1. 航空運賃・船賃　　　　　　　　　円
2. 公共交通機関運賃　　　　　　　　円（バス・電車）
3. 宿泊費　　　　　　　　　　　　　円　合計金額　　　　　　　　円（上限額40,000円）