様式第３号（第３条関係）

障害者等交通費補助金支給変更届

年　　月　　日

安 芸 高 田 市 長 様

届出人　住　　所　安芸高田市＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿

支給対象者　＿＿＿＿＿＿＿＿

支給対象者との続柄　＿＿＿

つぎのとおり変更がありましたので届け出ます。

<table>
<tr><td rowspan="8">変更事由</td><td colspan="2">□　通院先の変更</td><td colspan="6">年　月　日より変更
医療機関所在地・名称・医師</td></tr>
<tr><td rowspan="4">□</td><td>下記の変更</td><td colspan="3">変更前</td><td colspan="3">変更後</td></tr>
<tr><td>交通機関</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>通院の行程（区間）</td><td>～</td><td>～</td><td>～</td><td>～</td><td>～</td><td>～</td></tr>
<tr><td>片道の運賃</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">□</td><td rowspan="4">通院日数の変更</td><td colspan="3">変　更　前</td><td colspan="3">変　更　後</td></tr>
<tr><td colspan="3">月分　日</td><td colspan="3">月分　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">月分　日</td><td colspan="3">月分　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">月分　日</td><td colspan="3">月分　日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="6">上記のとおり変更しました
医療機関所在地・名称・医師</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　入院による</td><td colspan="6">医療機関所在地・名称・医師

入院日
年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　その他</td><td colspan="6">□ 死亡による（死亡年月日　年　月　日）
□ 転出による
□ その他（　　）</td></tr>
</table>

※　□欄をチェックして、変更内容を記入してください。

※　通院先などを変更した場合、速やかに変更届を提出してください。決定は、申請書を受付けた日の属する月からとなります。変更届が提出されておらず、補助金を多く受給されていた場合は、差額を返還していただくことがあります。