支部様式13

タクシー利用証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　　属 |  | 認定番号 |  |
| 氏　　名 |  | 傷病名 |  |
| 通院期間令和　　年　　月　　日から　　年　　月　　日 | 左のうちタクシーの利用を必要とした期間令和　　年　　月　　日から　　年　　月　　日 |
| （通院日を○で囲んでください。）〔　　年　　月〕 | （傷病の部位及び状況等からみて、やむを得ずタクシーを利用しなければならなかったものと認められる日を○で囲んでください。）〔　　年　　月〕 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |
| 〔　　年　　月〕 | 〔　　年　　月〕 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |  |  |
|  |  |
| 　通院日数　　　　　　　　　　　　　　　日間 | 　タクシーの利用を必要とした日数　　　　　日間 |
| タクシーの利用を必要とした具体的理由 |  |
| 　　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 病院または診療所の | ｛ | 所在地名称担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）1　「通院日」、「タクシーの利用を必要とした日」の欄が不足する場合には、別紙を付して記入すること。

 2　この証明書は、通院、移送費明細書に添付して提出すること。