

保 護 変 更 申 請 書

(通院交通費・移送費申請書)

令和 年 月 日

木津川市福祉事務所長 宛て

住所
申請者 氏名
世帯主との関係 ()

以下のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。

保護を受けて いる世帯	世帯主氏名	・ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住 所	・ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
受けたい 保 護 の 種類・内容	種 類	<input type="checkbox"/> 生活扶助 <input type="checkbox"/> 住宅扶助 <input type="checkbox"/> 教育扶助 <input type="checkbox"/> 介護扶助 <input type="checkbox"/> 医療扶助 <input type="checkbox"/> 出産扶助 <input type="checkbox"/> 生業扶助 <input type="checkbox"/> 葬祭扶助
	内 容	<input type="checkbox"/> 通院交通費 ・ <input type="checkbox"/> 移送費 移動手段 (<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー)
申請の理由	<input type="checkbox"/> 電車・バス等の交通費が必要となるため <input type="checkbox"/> 傷病・障害等のため、電車・バス等の利用が著しく困難であるため <input type="checkbox"/> その他 ()	
通院先・ 目的地及びルート	通院先・目的地	
	ル 一 ト	自宅 → → → →
	交 通 手 段	
	通院先・目的地	
	ル 一 ト	自宅 → → → →
	交 通 手 段	
	通院先・目的地	
	ル 一 ト	自宅 → → → →
	交 通 手 段	
	通院先・目的地	
ル 一 ト	自宅 → → → →	
交 通 手 段		