

交通費支援申請書 [薬剤部オープンホスピタル]

【申請者】

(申請日：令和 年 月 日)

※参加日から2週間以内のご提出をお願いいたします。

ふりがな		携帯電話	
氏名		— —	
		メールアドレス	
性別	男・女	生年月日	年 月 日生(満 歳)
ふりがな			
現住所 〒			
ふりがな			
帰省先 〒			
勤務先名/学校名			

【経路等】

	日付	交通機関の名称	出発地(駅名等)	到着地(駅名等)	金額(円)
往路	月 日				円
	月 日				円
	月 日				円
	月 日				円
復路	月 日				円
	月 日				円
	月 日				円
	月 日				円

(記入上の注意)

- 1 **対象期間**：参加当日を含む前後1週間以内の現住所～魚沼基幹病院の往復分(道中に帰省先がある場合を含む)を対象とします。交通機関を利用した(又は利用予定の)日が対象期間に含まれない場合は、支給されません。
- 2 **対象地域**：本制度は、南魚沼市、魚沼市、南魚沼郡を除く地域に在住の薬学生、薬剤師を対象としています。
- 3 **支給金額**：原則として、公共交通機関(在来線、新幹線、高速バス等)を利用した場合は、最寄り駅(最寄りバス停)から魚沼基幹病院(または帰省先)までで、経済的かつ合理的な経路を利用した場合に限ります。**なお、特急、新幹線等を利用する場合、指定券料金は対象になりますが、グリーン席、グランクラス等の利用料金は対象外となります。また、自家用車利用の場合は、高速道路利用料金とガソリン代が支給対象となります。**(ガソリン代は、22円/kmで計算した額となります。)ただし、**支給金額の上限は20,000円**となります。
- 4 **添付書類**：交通費を支払ったことを証明する書類を提出してください。
(例)切符を購入した際の領収書(原本)、クレジットカードの明細、ICカード(Suica、Pasmoなど)の利用履歴を印刷したもの、高速道路を利用した際の領収書(原本)、ETCの利用履歴を印刷したもの etc

≪裏面に続きます≫

【交通費振込先】（※申請者本人の口座を記載してください。）

金融機関名		本支店	
預金種別	普通 ・ 当座		
(フリガナ)			
口座名義人			
口座番号			(左詰めで記入してください。)

記入例

【経路等】 鉄道利用（例：最寄り駅が八王子駅の場合）

	日付	交通機関の名称	出発地（駅名等）	到着地（駅名等）	金額（円）
往	8月 3日	中央線中央特快	八王子駅	東京駅	} 8,580 円
	8月 3日	上越新幹線	東京駅	浦佐駅	
復	8月 4日	上越新幹線	浦佐駅	東京駅	} 8,580 円
	8月 4日	中央線中央特快	東京駅	八王子駅	

【経路等】 自家用車利用（例：最寄り駅が八王子駅の場合）

	日付	交通機関の名称	出発地（駅名等）	到着地（駅名等）	金額（円）
往	8月 3日		自宅	八王子 I C	
	8月 3日	高速道路	八王子 I C	六日町 I C	6,010 円
	8月 3日		六日町 I C	帰省先	(211.0km)
復	8月 4日		帰省先	魚沼基幹病院	
	8月 4日	高速道路	六日町 I C	八王子 I C	6,010 円
	8月 4日		八王子 I C	自宅	(228.0km)