５号紙

|  |  |
| --- | --- |
| 移送費請求明細 | （職員氏名） |
| 通院日 | 利用交通機関 | 往復の経路 | 料金 | 距離 |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 日 |  |  | 円 | ㎞ |
|  |  | 円 | ㎞ |
| 合計日 |  |  | 円 | ㎞ |
| 移送費の計算①公共交通機関　　　　　　　　　　料金　　　　　　　　　　　　円②タクシー　　　　　　　　　　　　料金　　　　　　　　　　　　円③自家用車　　　距離　　　　　㎞ × 37円 ＝　　　　　　 　　　円合計(移送費請求額)　　　　　　　　円 |  |
| ※　タクシーの利用を必要とした場合、その理由を詳細に記載してください。 |

注意事項

１　通勤手当が支給される経路と重複する経路は請求できません。

２　公共交通機関又はタクシーを利用した場合は、料金の欄に記載し領収書を添付してください。領収書がない場合は、料金がわかるものを添付してください。

３　自家用車利用の場合は距離の欄に記載してください。距離に1㎞未満の端数がある場合は、月分を合計した後に切り捨てます。