

第1号様式(第6条関係)

開成町障害者施設通所交通費助成申請書

年 月 日

(提出先)開成町長

申請者 住所  
氏名  
電話  
通所する者との関係

次のとおり障害者施設通所交通費助成金の支給を受けたいので申請します。

施設通所者	住所		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	1級・2級・3級
			<input type="checkbox"/> 療育手帳	A1・A2・IQ50以下
	氏名		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	1級
	生年月日	年 月 日		

通所施設名		所在地		
通所(予定)日数	毎月	日		
通所(予定)曜日	毎週	月・火・水・木・金・土・日 (○で囲む)		
通所方法				
電車・バス	通所経路	交通機関名	往復運賃負担額	定期券額
	～		円	円
	～		円	円
	～		円	円
施設の車両	通所経路		負担額	
			円	
自家用自動車等	通所経路		距離(片道)	
			km	

振込先口座

金融機関名			銀行 信用金庫 農業協同組合					支店(支所)
預金種別	普通・当座	口座番号						
(フリガナ) 口座名義人								

