

年 月 日

世羅町長様

申請者 住所 世羅町大字

番地

氏名

印

電話番号

（申請者が本人のとき捺印はいりません）

障害者等施設通所交通費助成金申請書

対象者	住所	世羅町大字		番地	
	氏名		生年月日	年	月 日生
支給申請額	金	円	支給決定額	円	
自家用車 _____ km（1回往復距離）× _____ 円×通所日数 _____ 日 = _____ 円（月） （通所距離は自分で確認のうえ、記入してください。） _____ 日 = _____ 円（月） _____ 日 = _____ 円（月） _____ 日 = _____ 円（月）					
公共交通（バス等） _____ 円（1回あたり）×通所日数 _____ 日 = _____ 円（月） _____ 日 = _____ 円（月） _____ 日 = _____ 円（月） _____ 日 = _____ 円（月）					
タクシー _____ 円（月） _____ 円（月） _____ 円（月） _____ 円（月）（領収書添付）					
合計額（月分） _____ 円 × 2/3 = _____ 円 _____ 円 × 2/3 = _____ 円 _____ 円 × 2/3 = _____ 円 _____ 円 × 2/3 = _____ 円					
通所等証明欄（通所日数の記載をお願いしてください。）					
	通所日数	送迎用バス利用者負担金	備考		
年 月	日				
年 月	日				
年 月	日				
年 月	日				
※ 施設が運行する送迎用バスを利用した場合は、利用者負担金も記入してください。 上記のとおり当施設に通所し、送迎用バス利用者負担金受領したことを証明します。 年 月 日 施設所在地 施設名 ㊟					

助成金振込口座

振込先	銀行・農協・信用組合		支店・支所	口座種別	普通・当座
口座番号	フリガナ				
	口座名義人				