

様式第 1 号

清里町障がい者支援施設等通所交通費助成申請書

申 請 者 記 載 欄	保護者又は 対象者	氏名																	
		住所	電話																
	利用者	氏名		生年月日															
	障がい者 施設名	名称																	
		住所	電話																
	サービスの種類	生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援(A・B)・ 児童発達支援(医療型)・放課後等デイサービス・その他( )																	
	通所利用 経路	<input type="checkbox"/> 鉄道 ( 駅から 駅まで ) 片道 円 ・ 往復 円 <input type="checkbox"/> 自動車 自宅から 施設まで																	
	申請額	円 月分(通所日数 日)																	
	振込先	金融機関																	
		口座番号		口座名義															
上記のとおり障がい者支援施設等通所者交通費助成金の支給を申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 清里町長 様 <div style="text-align: right;">申請者氏名 印</div>																			
障 が い サ ー ビ ス 機 関	上記の者については、次のとおり障がい福祉サービス等を利用したことを証明します。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>月</td> <td>月</td> <td>月</td> <td>月</td> <td>月</td> </tr> <tr> <td>通所日数</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> <td>日</td> </tr> </table> <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 事業所住所 事業所代表者氏名 印						月	月	月	月	月	月	通所日数	日	日	日	日	日	日
	月	月	月	月	月	月													
通所日数	日	日	日	日	日	日													
認 定 欄	利用交通機関	往・片	円×	日＝	円														
		往復	km×	日＝	円														
	支給決定額				円														