

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	清里太郎																
		住所	清里町羽衣町35番地		電話	25-3847													
	利用者	氏名	清里太郎	生年月日	昭和55年1月2日														
	障がい者施設名	名称	◇◇◇◇事業所																
		住所	斜里町本町〇〇番地		電話	23-〇〇〇〇													
	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 checked="" type="checkbox"/> 鉄道 (清里町 駅から 知床斜里 駅まで) 片道 340 円 ・ 往復 680 円 <input type="checkbox"/> 自動車 自宅から 施設まで																	
	申請額	〇〇〇〇〇 円 6 月分 (通所日数 〇〇〇 日)																	
	振込先	金融機関	△△信用金庫																
		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇	口座名義	キヨサト タロウ														
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="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">署名捺印願います</div> <div style="float: right; text-align: right;">令和 3 年 〇 月 〇 日</div> 清里町長 様 <div style="text-align: right;">申請者氏名 清里太郎 清里</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="margin: 10px auto; width: 80%;"> <tr> <td>上期</td> <td>4 月</td> <td>5 月</td> <td>6 月</td> <td>7 月</td> <td>8 月</td> <td>9 月</td> </tr> <tr> <td>通所日数</td> <td>〇〇日</td> <td>〇〇日</td> <td>〇〇日</td> <td>〇〇日</td> <td>〇〇日</td> <td>〇〇日</td> </tr> </table> 令和 3 年 〇 月 〇 日 事業所住所 斜里町本町〇〇番地 公印 事業所代表者氏名 ◇◇◇◇事業所					上期	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	通所日数	〇〇日	〇〇日	〇〇日	〇〇日	〇〇日	〇〇日
上期	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月													
通所日数	〇〇日	〇〇日	〇〇日	〇〇日	〇〇日	〇〇日													
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														