

下呂市知的・精神障がい者交通費助成金交付申請書

下呂市長 様

下記のとおり下呂市知的・精神障がい者交通費助成金の交付を申請します。
申請にあたり私の税務資料等申請に必要な事項について、下呂市が調査することに同意します。

										申請年月日			年	月	日
申 請 者 (障 が い 者)	住所	〒 5 0 9 - 下 呂 市				電話 番号				手帳	療育 精神	対象 期間	年 月 分 ~ 年 月 分		
	氏名	Ⓜ				事由	通所 ・ 通勤 ・ (精神のみ)			通院 入院	付添人 氏名	(注 2)			
交 通 費 の 詳 細 に つ い て	通所事業所・勤務先 ・ 医療機関名		方法	区 間		通所等 日数		支払総額		片道距離	金額 (A)	日数 (B)	助成金額		
	①		鉄道	～		日		円			円	日	(A) × 1/4 円		
			バス	～		日		円					(A) × 1/4 円		
			自動車	～		日		円					(A) × (B) 円		
	②		鉄道	～		日		円			円	日	(A) × 1/4 円		
			バス	～		日		円					(A) × 1/4 円		
			自動車	～		日		円					(A) × (B) 円		
	③		鉄道	～		日		円			円	日	(A) × 1/4 円		
			バス	～		日		円					(A) × 1/4 円		
			自動車	～		日		円					(A) × (B) 円		
	振 込 先 口 座	金融 機関名	銀行・信用金庫・農協・信用組合				本店・支店		種別	普通 当座	受給資格の確認	合計助成金額 円			
		口座 番号					フリガナ 口座名義 (本人名義)			可 ・ 否		検 査 確 認 済 年 月 日 職員氏名 Ⓜ			
ゆうちょ 銀行		通帳記号				通帳番号									

(注) 太枠の部分申請者が記入してください。
(注 2) 鉄道又はバスを利用する満 18 歳以上の知的障がい者 1 人に対し、1 人の付添人の氏名を記入してください。
【添付書類】①通所等証明書又はこれに代わる書類、②鉄道・バス利用の場合は領収書、③その他必要な書類
※自宅から通所事業所・勤務先・医療機関までの距離は、最も経済的かつ合理的な経路によって下呂市が判断します。

