下呂市障がい児等交通費助成事業助成金支給申請書

下呂市長　様

下記のとおり下呂市障がい児等交通費助成事業助成金の支給を申請します。

申請にあたり、私の世帯の住民登録資料等について、下呂市が調査することについて同意します。

申請年月日	年　月　日

対象児童（満18歳未満）	住　所	〒５０９－ 下呂市				手帳等	身体　・　療育　・　精神 育成医療　・　小児慢性特定疾病 福祉サービス受給者証 【番号：　　　　】
	フリガナ		生年月日	年　月　日生			
	氏　名						
申請者（保護者等）	氏　名		電話番号			対象期間	年　月分～　年　月分

通所・通院		医療機関・通所事業所名	所　在　地	通所等日数	片道距離	金額（A）	日数（B）	助成金額
	①			日	km	円	日	(A) × (B)　円
	②			日	km	円	日	(A) × (B)　円
	③			日	km	円	日	(A) × (B)　円
	④			日	km	円	日	(A) × (B)　円
	⑤			日	km	円	日	(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	
	口座番号		フリガナ			
			口座名義（保護者）			
	ゆうちょ銀行	通帳記号　－	通帳番号			

受給資格の確認	合計助成金額　円
可　・　否	検査確認済 年　月　日 職員氏名　㊞

（注）太枠の部分を申請者が記入してください。

【添付書類】①通院・通所等証明書又はこれに代わる書類

②小児慢性特定疾病児童医療を受給している方は受給者証の写し

※自宅から医療機関又は通所事業所までの距離は、実際の通院又は通所の方法にかかわらず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。