習志野市障害者福祉施設等通所交通費助成金支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日

習志野市長　宛て

請求者（受給資格者）

住　所

　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通所者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり、習志野市障害者福祉施設等通所交通費助成金を請求します。

**請求金額**　　　　　　　　　　　　　　　　　　**円**

通所者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 住　所 |  |
|  | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 |
| 通所日数 |  |  |  |  |  |  |

※１往復を１日とします。（片道のみの場合は対象外。片道の合算は不可です。）

※利用のない月は、０または斜線を引いてください。

上記のとおり、通所日数について相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

施設住所

電話番号

※通所日数については、通所先の事業所に証明してもらってください。