

第10条様式

習志野市障がい者福祉施設等通所交通費助成金受給資格認定変更届

令和 年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 通所者との続柄 _____

電話番号 _____

習志野市障がい者福祉施設等通所交通費助成金支給要綱に基づく受給資格認定について変更がありますので、届出します。

変更がある箇所のみ☑し、記入してください。

☐	ふりがな 通所者氏名	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
☐	住 所	習志野市				
☐	通所施設					
☐	通所手段 乗車区間	新	旧			
		新	旧			
☐	振込口座	金融機関名	支店名			
		預金区分 普通・当座・他()	口座番号			
		口座名義カテ				
		口座名義				
変更年月日		年 月 日				

上記の者は、総合支援法または児童福祉法により支給決定を受け、本施設に通所していることに相違はありません。

令和 年 月 日

施設名称 _____ (印)

施設住所(通所施設住所) _____

電話番号 _____

※通所先の事業所から証明を受けてください。