

第5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申請書

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 _____

下記のとおり、通所交通費助成金の受給資格の認定および振込口座の登録を申請します。

ふりがな 通所者氏名			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
住所							
手帳の有無 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 申請中(年 月 日申請 手帳) <input type="checkbox"/> 無						
振込先	金融機関名	銀行	支店名	店			
	(コード)	(コード)					
	預金区分 普通・当座・その他()	口座番号					
	口座名義人						
通所施設名							
通所手段 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 電車・バス 公共交通機関	会社	乗車区間 ~				
		会社	乗車区間 ~				
		会社	乗車区間 ~				
	<input type="checkbox"/> 車 ・ 自 転 車 ・ 車 椅 子						

上記の者は、障害者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。