

第7条様式

習志野市障がい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

申請者 住所 _____

氏名 _____

通所者との続柄 _____

電話番号 _____

下記のとおり、習志野市障がい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

ふりがな 通所者氏名			生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
			住所				
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	
通所日数							
事業所 助成額	(有・無) 円	(有・無) 円	(有・無) 円	(有・無) 円	(有・無) 円	(有・無) 円	

※自宅と施設の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。)

※助成金額から事業所助成額を控除した金額を助成します。事業所助成額が助成金額を上回る場合、市からの助成はありません。

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 _____ (印)

施設住所(通所施設住所) _____

電話番号 _____

※通所日数については、通所先の事業所に証明を受けてください。

記入例

習志野市障がい者福祉施設等通所交通費助成金支給申請書

申請書を記入した日

令和 年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 住所 鷹沼2-1-1

児童の場合は保護者氏名

氏名 習志野 花子

通所者との続柄 本人

電話番号 047-453-9206

下記のとおり、習志野市障がい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

記入不要

ふりがな 通所者氏名	ならしの はなこ		生年月日 住所	昭和・平成・令和 年 月 日		
	習志野 花子			通所した日数を記入してください 学校終了後に施設に直接通った日は対象外です		
	9月	10月	11月	12月	1月	2月
通所日数	10	2	1	0	10	1
事業所 助成額	(有・無) 1000円	(有・無) 200円	(有・無) 100円	(有・無) 円	(有・無) 1000円	(有・無) 100円

※自宅と施設の1往復を1日とします。(片道のみの場合対象外、片道の合算は不可です。)

※助成金額が事業所による交通費助成がある場合は記入してください
助成が無い場合は、記入不要です
事業所の助成額が助成金額を上回る場合、市からの助成はありません。

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

日数を証明した日

事業所の社印または代表者印

施設名称

施設住所(通所施設住所)

電話番号

通所先の事業所が記入

印

※通所日数については、通所先の事業所に証明を受けてください。