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　（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、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 | 　　年　　月　　日 |
| 通所者住所 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 手帳等の情報 | 有 |  | ①身体障害者手帳　　②療育手帳　　③精神保健福祉手帳④自立支援医療受給者証　　　⑤何も利用していない |
| 無 |
| 通所施設名 |  |
| 交通機関及び乗車機関 | 交通機関 | 乗車区間　　　　　　～ |
| 交通機関 | 乗車区間　　　　　　～ |

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

施設住所

（通所先住所）

電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込み依頼欄 | 金融機関名 | 　 | 支店名 | 　 |
|
|
| (コード) | (　　　　　　　) | (コード) | 　(　　　　　　　) |
| 預金区分 | 1　普通　　2　当座3　その他 | 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座名義人 | (カナ) |
| 　 |
|