

第1号様式（第4条関係）

幕別町心身障害者施設通所交通費助成認定申請書

年 月 日

幕別町長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

次のとおり施設への通所に要した交通費について、助成くださるよう申請いたします。

記

通所者氏名		生 年 月 日	年 月 日生
通所施設名			
身体障害者手帳所有状況	無・有（ 種 級）		
療育手帳所有状況	無・有（ A ・ B ）		
精神障害者保健福祉手帳所有状況	無・有（ 級）		

	汽 車 賃	バ ス 賃	自 家 用 車	送 迎 車 等
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
月分	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円

- ◎ 別紙交通費所要額積算表を記入のうえ、添付してください。
 ◎ 障害者手帳の所有により、自動車賃、バス賃の割引を受けることができる場合は、割引後の金額を記入してください。
 ◎ 施設長が介護を必要と認めた場合、各金額欄に介護者分を含めて記入してください。

申請金額総計 ※ 円

※印欄は、記入しないこと。

口座振込先	（ ）本店・支店・本所・支所						
	口 座 種 別	普通・当座 （○で囲んでください。）					
	口 座 番 号						右詰めで記入してください。
	口座名義人	（申請者名と一致のこと）					

裏面あり

(裏面)

※初めて申請する方、前回申請時より変更のあった方のみ記入してください。

① 通院（所）する際の通常の行程図を記入してください。

記入例	
その1	自宅～（自家用車で5 km）～幕別駅～（汽車）～帯広駅～（徒歩）○ ○病院（帰りは、この逆です。）
その2	自宅～（徒歩）～○○バス停～（バス）～○○バス停～（徒歩）～○ ○病院（帰りは、この逆です。）

② 自家用車を利用した方は、利用区間を図示してください。

This image shows a full page of graph paper. It features a uniform grid of small squares formed by horizontal and vertical dashed lines. The grid covers the entire area of the page, leaving no margins or other markings.

交通費所要額積算表

申請者 住所 _____

氏名 _____

令和 年 月 から 月分

月 日		汽車賃(円)	バス賃(円)	自家用車(円)	送迎車等(円)
／	行き		円 ()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
／	行き		()km×10=		
	帰り		()km×10=		
	小計	円	円	円	円

裏面あり

月 日		汽車賃	バス賃	自家用車	送迎車等(円)
／	行き	円	円	()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
／	行き			()km×10=	
	帰り			()km×10=	
	小計	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円

第2号様式（第4条関係）

幕別町心身障害者施設通所証明書

通所者 住 所

氏 名

上記の者について、次のとおり当施設に通所したことを証明する。

記

年 月分 通所回数 回	通 所 日	1	2	3	4	5	6	7	8
		9	10	11	12	13	14	15	16
		17	18	19	20	21	22	23	24
		25	26	27	28	29	30	31	

年 月分 通所回数 回	通 所 日	1	2	3	4	5	6	7	8
		9	10	11	12	13	14	15	16
		17	18	19	20	21	22	23	24
		25	26	27	28	29	30	31	

年 月分 通所回数 回	通 所 日	1	2	3	4	5	6	7	8
		9	10	11	12	13	14	15	16
		17	18	19	20	21	22	23	24
		25	26	27	28	29	30	31	

※ 通所した日に施設印を付してください。

通所に介護が必要と認める場合、その理由	
---------------------	--

年 月 日

施 設 名

施設長名

印