

幕別町心身障害児通所交通費助成認定申請書

平成 年 月 日

幕別町長 様

申請者 住 所  
氏 名 ④  
通所者との関係  
電話番号

下記のとおり、心身障害児の機能回復訓練のため、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。

通所者氏名		生 年 月 日	年 月 日生
通所施設名		通所施設の住所	
身体障害者手帳所有状況	有・無	手帳番号	北海道（ ） 号
療育手帳所有状況	有・無	手帳番号	第一種・第二種 A・B

通所に要した交通費の内訳	汽 車 賃	バ ス 賃	自 家 用 車
	月分 円	月分 円	月分 円
	月分 円	月分 円	月分 円
	月分 円	月分 円	月分 円
	合 計 円	合 計 円	合 計 円
<input type="checkbox"/> 各合計欄は、幕別町心身障害児通所証明書（第2号様式）の交通費所要額積算表中の各「合計」欄の金額とそれぞれ一致します。 <input type="checkbox"/> 介護者が付き添いした場合、「自動車賃」、「バス賃」の各欄に本人分と保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)					

