

幕別町心身障害者施設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

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( 種 A・B)		
通所に要した交通費の内訳			
	自動車賃	バス賃	自家用車
月分	円	円	円
月分	円	円	円
月分	円	円	円
合 計	円	円	円
申請金額総計		※	円

※印欄は記入しないこと

- ◎ 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。
- ◎ 身体障害者手帳又は療育手帳の所有により、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。



# 交通費所要額積算表

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 から 月分

月 日	行き	自動車賃	バス賃	自家用車
/ /	行き	円	円	( )km×10円= 円
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
/ /	行き			( )km×10円=
	帰り			( )km×10円=
小計		円	円	円

裏面あり



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

平成 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	

平成 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	

平成 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	
---------------------	--

平成 年 月 日

施設名

施設長名

印