

第1号様式（第4条第1項関係）

心身障害者施設通所交通費助成申請書

年 月 日

大磯町長 殿

申請者 住 所

氏 名

電 話 () -

次のとおり申請します。

障害者氏名					
生年月日	年 月 日	性別	男	女	
手帳番号	県第	号	年 月 日	交付	
障害名					
程度及び等級	種	級	A1	A2	B1 B2
通所施設名					
通所日数	週 () 日	通所曜日	月	火	水 木 金 土
場所の経路	往復運賃基本額		往復運賃負担額		
1	から	まで	円	円	
2	から	まで	円	円	
3	から	まで	円	円	
自家用車・自宅から施設まで	片道		Km (經由)		
指定振込口座	信用金庫 銀行・農協				店 所
口座番号	口座名義				
次のとおり決定してよろしいか。	課 長	班統括者	担 当	公 印	
決定の内容	バ ス 等		自 家 用 車 等		
<input type="checkbox"/> 支給する。	円		円		
<input type="checkbox"/> 支給しない。					
受付 年 月 日	審査 年 月 日	決裁 年 月 日	通知 年 月 日		

(注) 往復運賃基本額は1回の通所に要するバス等通常料金、往復運賃負担額は1回の場所に要するバス等支払料金（障害者割引制度の適用を受けている方は、半額になります）。