

# 心身障害者施設通所交通費助成金交付請求書

年 月 日

大磯町長殿

請求者 住 所  
氏 名

年 月 日付け磯福交第 号で交付決定のあった心身障害者施設通所交通  
費助成金を次のとおり請求します。

助成金請求額

円