

第1号様式（第4条関係）

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	A 1	A 2	B 1 B 2
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 (経由)			
指定振込口座	信用金庫		店		
	銀行・農協		所		
口座番号			口座名義		
決定の内容 ☐ 支給する。	助成額	☐ バス等 ☐ 乗用車等 1日あたり 円		助成額については、心身 障害者施設通所報告書に よる通所合計日数に、1 日当たりの金額を乗じた 額	
☐ 支給しない。					

(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（障害者割引制度の対象者は、半額になります。）