

記入例

印西市心身障害者（児）施設通所に係る交通費助成申請書

年 月 日

印西市長 様

住所、電話番号の記入を忘れずにお願いします。

申請者は必ず助成金のお振込先名義人の方をご記入ください。

居住地

申請者

氏 名 ⑩

電話番号 — —

印西市心身障害者（児）施設通所に係る交通費助成要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

施設通所を始めた日にち
(継続利用の場合は無記入でも可)

記

通所に際し、
介護者がいる
場合はご記入
ください。

金額について
は、市で確認し
た額が決定額
となります。

駅名、バス停
名等は具体的
にご記入くださ
い。

施設通所者	氏 名	印西 太郎			
	生年月日	〇〇年〇月〇日	施設通所 年 月 日	〇年〇月〇日	
介護者	氏 名	印西 花子			
	生年月日	〇〇年〇月〇日	施設通所者 との続柄	母	
障害程度			手帳交付 年 月 日 (判定 年月日)	〇年〇月〇日	
施設名称	〇〇〇〇事業所				
所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1				
通 所 方 法	交通 機 関	名 称	利用区間	金 額	備考 ※通所施設から交通費 の支給を受ける場合、 その金額を記入してくだ さい。
		〇〇鉄道	〇駅～〇駅	片道〇〇円 定期〇〇円	
	自動 車 等	通所距離（片道 〇〇 km）			
自宅 から 〇〇事業所					

交通用具(自動車、原付または
自転車)を明記してください。

◎ 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。