

別 記

第1号様式（第5条）

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

居住地

申請者

氏 名 ⑩

電話番号 ー ー

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。

記

施設通所者	氏 名				
	生年月日	年 月 日	施設通所 年 月 日	年 月 日	
介護者	氏 名				
	生年月日	年 月 日	施設通所者 との続柄		
障害程度			手帳交付 年 月 日 (判定 年月日)	年 月 日	
施設名称					
所在地					
通所 方 法	交通 機 関	名 称	利用区間	金 額	備考
方 法	自 動 車 等	通所距離（片道 km）			

◎ 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。