

稲美町障害者通所費助成申請書兼請求書

年 月 日

稲美町長 様

稲美町障害者通所費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり通所費の助成を申請・請求します。

申請者	氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	

【申請内容】

通所施設名		
施設からの交通費支給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
通所方法	通所方法①	<input type="checkbox"/> 神姫バス <input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> 山陽電車 <input type="checkbox"/> その他() 区間()から()
	通所方法②	<input type="checkbox"/> 神姫バス <input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> 山陽電車 <input type="checkbox"/> その他() 区間()から()

【助成申請額】 ※通所費月額及び助成申請額は1円未満切捨。助成申請額の上限は1万円。

	通所費月額 × 補助率 = 助成申請額		助成申請額合計 (①+②)	助成決定額 ※町記入欄
	通所方法…①	通所方法…②		
4月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
5月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
6月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
7月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
8月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
9月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
10月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
11月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
12月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
1月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
2月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
3月	円 × 1/2	円 × 1/2	円	円
合計			円	円

【施設証明欄】

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
通所日数	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日

上記の内容は、事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

施設名
施設長名

Ⓜ

【振込口座】

私が受領する障害者通所費助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関コード						支店番号		
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									

【提出書類】

費用の負担を証明する書類(定期乗車券の写し、施設が発行する通所費の領収書)

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。