

## 二宮町障害者施設通所交通費一部助成申請書

年 月 日

二宮町長 殿

申請者（通所者）

住 所

氏 名

印

電 話

二宮町障害者施設通所交通費一部助成事業実施要綱第6条により、次のとおり申請します。

所持している手帳・受給者証	手帳・受給者証番号	交付年月日
身体障害者手帳		年 月 日
療育手帳		年 月 日
精神障害者保健福祉手帳		年 月 日
自立支援医療受給者証		年 月 日

自宅と通所施設を往復した回数

通 所 年 月	往 復 回 数
年 月	往復
年 月	往復
年 月	往復

助成申請額 \_\_\_\_\_円

※通所施設記入欄

通 所 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	
通 所 年 月	通所日数	通 所 施 設
年 月 1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13・14 15・16・17・18・19・20・21 22・23・24・25・26・27・28 29・30・31	日	上記通所期間において、申請者（通所者）が左記のとおり当施設へ通所したことを証明します。  <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">年 月 日</div> 所在地：  施設名：  代表者名： <span style="float: right;">印</span>
年 月 1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13・14 15・16・17・18・19・20・21 22・23・24・25・26・27・28 29・30・31	日	
年 月 1・2・3・4・5・6・7 8・9・10・11・12・13・14 15・16・17・18・19・20・21 22・23・24・25・26・27・28 29・30・31	日	