

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

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： |
| 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 | |