

二宮町障害者施設通所交通費助成申請書

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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳
手帳・受給者証番号	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証
	交付年月日	年 月 日

交通手段

<input type="checkbox"/> 電車・バス	<input type="checkbox"/> 送迎用自家用車
--------------------------------	----------------------------------

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。 年 月 日 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	