**様式第１号（第５条関係）**

**日南町障がい者就労促進支援事業交通費助成金交付申請書**

**令和　　年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **日南町長　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者** | **住所****氏名　　　　　　　　　　　印****電話番号****障がい者との関係** |

**令和　　年　　月分の施設通所交通費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **障がい者** |  | **日南町** | **生年月日** | **年　　月　　日** |
|  |  | **電話番号** |  |
| **氏名** |  |
| **社会福祉施設名称** |  | **所在地** |  |
| **電話番号** |  |
| **交通手段** | **□鉄道・バス　利用区間（　　　　　～　　　　　）****・１月分の定期券の価格　　　　　　　円****×通所日数　　日＝　　　　　円****□施設所有車　・１月当たりの利用料　　　　　円****□自家用車　　・通所距離（往復）　　　km×　円****×通所日数　　　日＝　　　　　　円** |
| **助成金申請額** | **円** |
| **口座振込先** | **□　町登録口座** | **□　町登録口座以外** |

**(注)　次の書類を添付してください。**

**１　障がい者施設通所証明書**

**２　領収書の写し等交通費を明らかにする書類**

**３　債権者登録用紙（町登録口座以外の方のみ）**