様式第１号（第５条関係）

日南町障害者就労促進支援事業交通費助成金交付申請書

　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 日南町長　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　 | 住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　　　　　　　障害者との関係　　　　　　　 |

　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者 | 住所 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| ふりがな | 　 | 電話番号 | 　 | 性別 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 社会福祉施設名称 | 　 | 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 交通手段 | □鉄道　利用区間（　　　　　駅～　　　　　駅）　　　・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 | 金融機関名 | 銀行農業協同組合 | 本店　　支店　　（　　　　　　　）　　 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

　(注)　次の書類を添付してください。

　　１　障害者施設通所証明書

　　２　領収書の写し等交通費を明らかにする書類