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