

年 月 日

社会福祉法人浅口市社会福祉協議会
 会 長 山 下 隆 志 様

(申請者)

住 所 浅口市

氏 名

電話番号

(代筆者氏名)

(続柄)

障害者支援施設等の通所にかかる交通費助成申請書

浅口市社会福祉協議会の障害者支援施設等の通所にかかる交通費助成事業実施要綱
 第 4 条に規定により交通費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 申請者氏名	生年月日	年 月 日生
手帳区分	身体 ・ 療育 ・ 精神	
施設種別	障害者支援施設 ・ 就労継続支援 A 型 ・ 就労継続支援 B 型 就労移行支援 ・ 地域活動支援センター ・ その他 ()	
施設名		
申請区分	前期 (4 月～9 月分) ・ 後期 (10 月～3 月分)	
交通手段	JR ・ バス ・ 自動車 ・ 原動機付自転車	
助成金額 (社協記入欄)	円 (※)	

※定期券および普通乗車券購入者は、交通費合計の 3 分の 1 に相当する額 (1 ヶ月上限 7,000 円)

※就労継続支援 A 型の利用者は、1 ヶ月 2,000 円を上限とする (施設より交通費支給の場合は対象外)

※原動機付自転車および自動車を利用する場合は、1 ヶ月 1,000 円を上限とする

【振込先】

金融機関名	支店	預金種類
銀行・信用金庫 信用組合・農協	店	普通・当座・その他 ()
口座番号	名義 (フリガナ)	
	()	

※添付書類 ・ 当該区間の定期券の写し (定期券購入者のみ) ・ 振込希望の場合は通帳の写し
 ・ 所持する手帳の写し

