

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
 住所
 氏名
 申請者 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 氏 名		電話 番号		性 別	
社会福祉施設 名 称			所 在 地			
			電話番号			
交 通 手 段		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 施設所有車 ・ 1月当たりの利用料 _____ 円 <input type="checkbox"/> 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

