

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

住所
氏名
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	住 所	日南町	生年月日	年 月 日
	ふりがな		電話番号	
	氏 名			
社会福祉施設名			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）