

年 月 日

東栄町長 殿

住 所 東栄町大字  
 申請者  
 氏 名

東栄町障害者施設等通所通院交通費助成金申請書

障害者施設等通所通院交通費助成金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

ふりがな			生年 月日	T・S・H 年 月 日	男・女
氏 名					
住 所	東栄町大字		電話		
社会福祉施設、 人工透析治療を 行う医療施設等	名称				
	住所	電話			
通所方法	電車	利用区間 ( 駅 ~ 駅 )	1カ月分の運賃 円		
	バス	利用区間 ( 駅 ~ 駅 )	1カ月分の運賃 円		
	自家用自動車	通所距離 (片道)	Km		
助成申請額	円		月分(通所日数 日)		
金融機関名	銀行		本店		
	信用金庫		支店		
	信用組合		支所		
	農協		出張所		
預金種別	普通 当座 貯蓄	(フリガナ)			
		口座名義人			
口座番号					

## 障害者施設等通所証明書

通所者氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日	男・女			
通所者住所							
通所日数	年 月分 (日数 : 日)						
通所方法	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用自動車						
通所日	年 月分						
	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日
	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日
	29日	30日	31日				
<p>上記のとおり証明いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">施設名</p> <p style="text-align: center;">施設長 <span style="float: right;">印</span></p>							

東栄町障害者施設等通所通院交通費助成金請求書

年 月 日

東栄町長 殿

住 所 東栄町大字  
請求者  
氏 名 ⑩

下記金額を請求します。

記

金 円

ただし、 令和 年度 月 利用分

日利用の東栄町障害者施設等通所通院交通費助成金として