

(第5条関係)

江別市心身障がい者自立促進交通費助成申請書

平成 年 月 日

(あて先) 江 別 市 長

申請者	住 所	江別市 ()
	氏 名	印 男・女
	生年月日	年 月 日 (歳)

江別市心身障がい者自立促進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。

記

- 手帳交付の状況 (をつけてください。)
 - (1) 身体障害者手帳 有 (種 級) . 無
 - (2) 療育手帳 有 (A ・ B) . 無
 - (3) 精神保健福祉手帳 有 (級) . 無
- 通所施設等の名称・住所

3 交通費負担の状況等 (太線内を記入してください。)

注 : 実際に支払った額 (手帳所持者は規定運賃の半額) を記入してください。
 定期券利用者は定期券の写しを添付してください。

交通機関名	乗 車 区 間 (駅 名 ・ 停 留 所 名 等)	運 賃 実 費 負 担 額 (円)	
		乗車券(往復)	定期乗車券
	~	円	ヶ月分 円
	~	円	ヶ月分 円
	~	円	ヶ月分 円
	~	円	ヶ月分 円

月 別 通 所 日 数			
平成 年 月分	日 間	平成 年 月分	日 間
平成 年 月分	日 間	平成 年 月分	日 間
平成 年 月分	日 間	平成 年 月分	日 間
合 計		日 間	

以下の欄は通所等をしている施設から証明を受けてください。

証 明 書	
上記のとおり交通機関を利用し、通所していることを証明します。	
平成 年 月 日	
住 所	
施 設 名 等	
代 表 者 氏 名	印

4 振込希望金融機関 (通所者本人名義に限ります。)

金融機関名	銀行 ・ 信金	<input type="checkbox"/> 座 番 号	普通 ・ 当座 ()
	支店	<input type="checkbox"/> 座 名 義 人 (カ ナ)	

市確認欄			
合計日数	日間	交通費総額	円 助成決定額 円