

様式第1号(第4条関係)

永平寺町障害者施設通所交通費助成申請書

年 月 日

永平寺町長 様

(申請者)

住所 永平寺町

氏名

永平寺町障害者施設通所交通費助成の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

(対象者)

住所	永平寺町	電話	
氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
手帳及び番号		障害の程度	
障害福祉 サービス 受給者証番号		障害福祉 サービス 種別	
通所施設名		施設の住所	
事業所から 交通費の支給	あり                  なし	支給額	1 カ月                  円
【助成金振込み先】 (銀行名)	【本支店名】		
【口座名義(カタカナ)】	【種類】                  普通                  当座		
	【口座番号】		

