

障がい者通園（所）助成費支給要綱

（目 的）

第1条 平川市在住の「身体障がい児者、知的障がい児者」（以下「障がい者」という。）で、市外の更生施設、授産施設に通園（所）する場合に於ける交通費の一部を助成費（以下「助成費」という。）として支給するに必要な事項を定めるものとする。

（支給手続き及び決定）

第2条 前条の助成費を受けようとする保護者は、別添様式の申請書を会長に提出しなければならない。

2 会長は、申請書を審査の上、決定する。

（支給限度）

第3条 助成費は、10月から翌年3月までの6ヶ月間を限度とし、平川市より交通機関を利用して当該施設までの運賃の全額を支給する。

（支給方法）

第4条 助成費の支給は決定の翌月とし、保護者に支給する。
ただし、3月についてはその月内に支給する。

附 則

この要綱は、昭和57年12月 1日より適用する。

この要綱は、昭和59年 4月 1日より適用する。

様 式

障がい者通園（所）助成費交付申請書

受給者氏名		生年月日	昭・平	年	月	日生
障害等級	手帳番号		等級		級	号
保護者 (申請者)	住所	平川市				
	氏名					
通園（所）施設名						
通園（所）期間	令和 年 月 日 より 令和 年 月 日まで					
利用交通機関名						
同 区 間	より まで					
利用交通費	1 ヶ月					円
助成申請額					円	

上記のとおり、障がい者通園（所）助成費を交付下さるよう申請します。

保護者氏名 _____ ㊞

令和 年 月 日

平川市社会福祉協議会長 殿

証 明 書

上記のとおり相違ないことを証明します。

施設所在地 _____

施設名 _____

施設長 _____ ㊞