

社会福祉法人平川市社会福祉協議会 障害者通園（所）助成費支給要綱

（目的）

第1条 平川市在住の身体障害児者・知的障害児者及び精神障害者（以下「障害者」という。）で、市外の障害者支援施設に通園（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1）の申請書を社協会長に提出しなければならない。

2 社協会長は、申請書を審査のうえ、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。

2 タクシーの利用は、上限額5,000円とする。

（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、平成18年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成27年1月5日から施行する。

(様式1)

障害者通園（所）助成費交付申請書

受給者氏名		生年月日	年	月	日生
住所	平川市				
障害等級	手帳番号		等級	級	号
通園（所）施設名					
受給事由					
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 より				
① 利用交通費	1 ヶ 月	円			
② 事業所からの通勤手当	1 ヶ 月	円			
③助成申請額（①－②）	円				

上記のとおり、障害者通園（所）助成費を交付下さるよう申請します。

令和 年 月 日

申請者(本人または保護者) _____ 印

住 所 _____

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 _____ 印