

(様式1)

障がい者通園（所）助成費交付申請書

受給者氏名		生年月日	年	月	日生				
住所									
障がい等級	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									
利用区間	より				まで				
	より				まで				
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、障がい者通園（所）助成費を交付して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