

障がい者施設等通所交通費助成申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

申請者

住所 藤沢市朝日町□-□

氏名 藤沢 太郎

電話 0466-〇〇-〇〇〇〇

対象者との続柄 父

次のとおり申請します。

フリガナ	フジサワ イチロウ		生年	明・大	〇〇年〇月〇日
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	藤沢 一郎	月日	(昭)平	(△△歳)
住 所	■申請者と同じ 藤沢市				
身体障がい者手帳	障がい名	等級	種	級	
療育手帳	程度	A1 (A2) B1 B2	判定のみ()		
精神障がい保健福祉手帳	等級	級			
手帳番号	神奈川県	(県)市・都・府・道	11111111	号	
施設名及び住所	施設名	〇〇会	住所	藤沢市辻堂神台〇-〇	
通所開始日	20〇〇年	〇月	〇日		
介護者	不要・(必要)	氏名	藤沢 花子	続柄 (母)	
	介護者が必要な理由 移動中、見守りが必要なため				
通 所 の 方 法 関 係	<input type="checkbox"/> 自家用自動車等(自宅から施設の直線距離) km				
	交 通 機 関	通所の経路	交通機関名	片道の運賃	1カ月の定期代
		藤沢～辻堂	JR	円	円
		1km未満の経路については、申請できません。		円	円
	特記事項		記入不要 市で確認し、記入します。		
振込先口座	対象者本人の口座で申請してください。	藤沢 (銀行)・農協・信用金庫	藤沢 支店		
		フジサワ イチロウ	(普通)当座	口座番号(7桁)	2 2 2 2 2 2 2
		藤沢 一郎			

※網掛部分は記入不要です。

市利用欄

受付	・	・	記入不要		
決裁	・	・			
上記申請に基づき次の					
決定事項	<input type="checkbox"/> 支給				
	<input type="checkbox"/> 支給しない (理由)			
決	参事	主幹	補佐	主査	担当
裁					
					受付者