

菊川市心身障害者等社会福祉施設通所費助成要綱

様式第 1 号 (第 5 条関係) (用紙 日本工業規格 A 4 縦型)

心身障害者等社会福祉施設通所費助成申請書

年 月 日

菊川市長 氏 名 あて

申請者 住 所
氏 名 ㊦
本人との続柄

心身障害者等社会福祉施設通所費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日生	歳	男 ・ 女
通所施設 所在地 施設名			
通所方法	<input type="checkbox"/> バス ・ 利用区間 () ~ () () ~ () ・ 運賃支払方法 定期乗車券・回数券・その都度現金 ・ 1 か月当たりの運賃 _____ 円 <input type="checkbox"/> 電車 ・ 利用区間 () ~ () () ~ () ・ 運賃支払方法 定期乗車券・回数券・その都度現金 ・ 1 か月当たりの運賃 _____ 円 <input type="checkbox"/> 施設所有車 ・ 1 か月当たりの負担費用 _____ 円 <input type="checkbox"/> 交通用具 () ・ 通所距離 (片道) _____ km <input type="checkbox"/> その他 { }		
助成金受入 金融機関名	銀行・信用金庫・農協 支店 口座名義人 口座番号 (普通・当座) No.		

