

様式第 1 号（第 6 条関係）

野洲市精神障害者支援施設等通所交通費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

野洲市長 様

申請者 住所 野洲市

氏名 印

補助対象者との続柄

電話番号 (- -)

野洲市精神障害者支援施設等通所交通費補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額（請求額）		円		
補助対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
生活保護	☐ 無 ・ ☐ 有 （ 年 月 日から受給 ）			
障害福祉サービス受給者証番号				
障害者支援施設等名称				
通所経路及び通所方法				
通所対象経費	運賃総額		補助額	
	(年 月分)		円 × 1 / 2 = 円	
	(年 月分)		円 × 1 / 2 = 円	
	(年 月分)		円 × 1 / 2 = 円	
	(年 月分)		円 × 1 / 2 = 円	
	(補助限度額は 1 月当たり 10,000 円)		合計 円	
振込口座 ※補助対象者 本人の口座を 指定してくだ さい。	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信用組合 ☐ 信用金庫 ☐ 農業協同組合		
	支店名	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所 ☐ 代理店		
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			
同意書				
私は、市の職員がこの申請内容を確認するために、市の所有する個人情報を開覧し、調査すること及び障害者支援施設等に問い合わせることに同意します。				
補助対象者氏名 印				

※添付書類：交通費及び通所実績証明書（様式第 2 号）・障害者支援施設等の発行する出勤簿写し
次のいずれか（精神障害者保健福祉手帳の写し・障害年金証書の写し・自立支援医療受給者証の写し又は精神障害の状態がわかる主治医の意見書）