

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

氏名

電話

対象者との続柄

次のとおり申請します。

フリガナ			生年	明・大	年	月	日	
対象者氏名	□申請者と同じ		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	県・市・都・府・道						号	
施設名及び住所	施設名		住所					
通所開始日	年		月		日			
介護者	不要 ・ 必要		氏名		続柄 ()			
	介護者が必要な理由							
通 所 の 方 法	□ 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
		～				円		円
		～				円		円
	～				円		円	
特記事項								
振込先口座		銀行・農協・信用金庫						支店
		フリガナ 名義人	普通・当座		口座番号(7桁)			

※網掛部分は記入不要です。

市利用欄

受付	・	・	調査	・	・	起案	・	・
決裁	・	・	施行	・	・	通知	・	・
上記申請に基づき次のとおり決定してよろしいでしょうか。								
決定事項 □ 支給する (年 月 日より) □ 支給しない (理由)								
決 裁	参事	主幹	補佐	主査	担当	受付者		