

鹿沼市精神障害者交通費（通院）助成申請書

年 月 日

鹿沼市長 宛

申請者 住 所

氏 名

(障がい者との続柄)

電話番号

精神障害者交通費助成要綱第4条第1項第2号の規定により、助成を受けたく申請します。

助成対象者の住所			電話番号 ()	
(フリガナ) 助成対象者の氏名 (口座名義人)			生年月日	年 月 日
振込先	銀行・信用金庫・農協 店			
	預金の種類	普通・当座	口座番号	
手帳の 等級・番号 有効期間	級	手帳番号(右詰)		
		有効期間	. . ~ . .	
医療機関				
利用交通機関名				
利用区間	~			
申請額				

別紙、通院証明書を添付します。