

# 鹿沼市精神障害者交通費（通所）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3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	. . . . . ~ . . . . .
通所施設名			
通所月	利用区間	通所実日数	通所月
月	~	日	月
月	~	日	月
月	~	日	月
月	~	日	月
月	~	日	月
月	~	日	月
申請額	円 (通所実日数×200円)		
			※助成決定額 円

助成申請者の通所状況は、上記のとおり相違ないことを証明します。

施設名 施設長(代表者)氏名	印
-------------------	---

受付者	年 月 日交付
-----	---------