様式第８号

記載例

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　**今宮町1688－1**
氏　　名　**鹿沼　さつき**
（続柄　　**本人**　　）
電話番号　**63－2176**

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	**今宮町1688－1**	電話番号	**63－2176**
（フリガナ） 助成対象者の氏名 （口座名義人）	**カヌマ　サツキ** **鹿沼　　さつき**	生年月日	昭和 平成（○）　**2** 年　**3**月　**31**日
振込先	**かぬまにら**　銀行・信用金庫（○）・農協　**東支**　店		
	預金の種類　普通（○）・当座	口座番号	**1　2　3　4　5　6　7**
手帳の等級・番号 有効期間	**3**級　手帳番号(右詰)　**1　2　3　4　5　6　7** 有効期間　令和　**5**年　**5**月　**31**日　まで		
通所施設名	**就労継続支援Ｂ型事業所　とちおとめ**		

1，2級は対象外

通所月	利用交通機関名	利用区間	通所実日数	通所月	利用交通機関名	利用区間	通所実日数
月		～	日	月		～	日
月			日	月			日
月							日
月							日
月							日
月		～	日	月		～	日

この欄については施設側でご記入ください

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