

記入例

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 鹿沼市今宮町 1688-1

氏名 鹿沼 太郎

(障がい者との続柄 本人 )

電話番号 63-2127

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	鹿沼市今宮町 1688-1		電話番号 (63) 2127	
(フリガナ) 助成対象者の氏名 (口座名義人)	カヌマ タロウ 鹿沼 太郎	口座名義人	生年月日	昭和30年7月22日
振込先	銀行・信用金庫・農協 店			
手帳の番号	預金の種類	普通・当座	口座番号	
期 間	手帳番号(右詰)	0	0	0 1 2 3 4
	有効期間	3級	手帳有効期間の確認	
医療機関				
利用交通機関名	関東バス・JR線等			
利用区間	〇〇銀行~□□			
申請額	1,000円を超えた月×1,000円			

別紙、通院証明書を添付します。