

年 月 日

美濃市長 様

申込者氏名

申込者居住地

電 話 ()

手帳番号

交通費助成対象者申込書

美濃市精神障害者小規模作業所等交通費助成事業補助金交付要綱による対象者として登録されたく、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|----------------|---|----|-------------|------|--------|
| 氏 名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 居 住 地 | | | | | |
| 通 所 施 設 | | | | | |
| 通所予定期間 | 年 月 日 ~ | | 年 月 日 | | |
| 精神障害者保健福祉手帳の番号 | 号 | | | | |
| 利用交通機関名 | 行程 (最寄りの停留所を記載) | | 交通費 (片道の費用) | | |
| | ~ | | 円 | | |
| | ~ | | 円 | | |
| | ~ | | 円 | | |
| 合 | | 計 | | | 円 |
| 通 所 の 証 明 | 申込者は当所に通っていることを証明します。 年 月 日 通所施設名 住所 代表者名 ㊟ 電話 () | | | | |

添付書類：精神障害者保健福祉手帳の写しを添付してください。