

年 月 日

美濃市長 様

申込者氏名 (印)

申込者居住地

電 話 ()

手帳番号

交 通 費 助 成 申 請 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の助成を受けたく下記のとおり申請します。

記

1 通所月 年 月 日 ~ 年 月 日まで

2 助成申請額 円 (実費の1/2)

内訳 通所に要する経費 (1日分の往復の交通費): 円

通所日数: 日間

通所に要した実費 (通所期間内の交通費の総実費): 円

3 助成費の振込先

取引金融機関名 銀行・金庫・農協 支店

口座 普通・当座

口座名義人

口座番号

通所の証明

| 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 合計 |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |

上記のとおり通所したことを証します。

通所施設名

住所

代表者

電話番号

(印)