

士幌町障がい者等の通所施設等交通費及び訓練費助成申請書(路線バス・自家用車用)

申請者記入欄	通所者氏名		生年月日		年 月 日生(歳)															
	通所施設等名		通所期間		年 月 ~ 年 月まで															
	路線バス	停留所名 ~		片道運賃		円 (小人 円)														
		停留所名 ~		片道運賃		円 (小人 円)														
		通所者	片道利用日数		日 × 片道運賃		円 = 円 (A)													
			片道利用日数		日 × 往復運賃		円 = 円 (B)													
			障害者手帳等によるバス運賃割引利用の有無		有 ・ 無															
		介護者	片道利用日数		日 × 片道運賃		円 = 円 (C)													
	片道利用日数		日 × 往復運賃		円 = 円 (D)															
	障害者手帳等によるバス運賃割引利用の有無		有 ・ 無																	
自家用車	自宅から通所期間までの片道距離		km (km未滿切捨て)																	
	13円 × 片道利用日数		日 × 片道距離		km = 円 (E)															
	13円 × 片道利用日数		日 × 往復距離		km = 円 (F)															
	交通費の助成を受けたく申請するとともに、訓練費の助成金の受取について、下記施設等に委任します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 士幌町長 様																			
通所機関記入欄	通 所 等 証 明 書																			
	上記の者について、次のとおり当施設等に通所したことを証明します。なお、訓練費の受取については、権限を受任しましたので、別途提出する請求書に記載の口座に振り込んでください。 (通所日に○)																			
	月分 回	通所日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	訓練費		利用者負担額 円 (G)																	
	月分 回	通所日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	訓練費		利用者負担額 円 (H)																	
	月分 回	通所日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
訓練費		利用者負担額 円 (I)																		
年 月 日																				
所在地																				
施設等名																				
代表者氏名																				
※町処理欄	交 通 費		路線バス 通所者		円 (A) + (B)															
			路線バス 介護者		円 (C) + (D)															
			自家用車		円 (E) + (F)															
	訓 練 費		円 (G) + (H) + (I)																	
	助 成 金 額		円																	
受付年月日			確認者氏名																	