第１号様式（第７条関係）

施設通所交通費助成申請書

年 月 日

　海　老　名　市　長 殿

（申請者）

　住　　所

　氏　　名 　印

　生年月日

　施設通所交通費の助成を受けたいので、海老名市障害者施設通所交通費助成要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

１　施設の名称

２　１月当たりの通所予定日数　　　　　日程度

３　通所経路等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通所経路 | 通所方法 | 乗車券の種類 | 運賃等の額 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

４　助成金の振込先

　　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店

　　　口座番号 （普通・当座）第 号

 　　口座名義人