別記第１号様式（第５条第１項関係）

白井市障害者施設等通所に係る交通費助成申請書

年　　月　　日

　（宛先）白井市長

住所

申請者　氏名

連絡先

　障害者施設等通所に係る交通費の助成を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設通所者 | | | 氏名 |  | | 通所年月日 | 年 　月 　日 |
| 生年月日 | 年 　月 　日生 | | | |
| 介護者 | | | 氏名 |  | | 続柄 |  |
| 生年月日 | 年 　月 　日生 | | | |
| 障害程度 | | |  | | | 手帳交付  年月日  （判定年月日） | 年 　月 　日 |
| 施設名称 | | |  | | | | |
| 通所方法 | 交通機関 | 名称 | | | 利用区間 | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 自動車等 | 通所経路（距離） | | | | | |