

受付年月日

厚岸町精神障害者通所交通費助成認定申請書

申請者が記載の事	通所者住所	厚岸町													
	通所者名											世帯主			
	施設名														
	通所期間	年 月 日から			年 月 日まで										
	利用する交通機関とその費用	自動車 運賃 料金 駅より 駅より 駅より バス 料金 停留所より	駅まで 駅まで 駅まで 停留所まで	往復 往復 往復 往復 回分	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
施設で記載の事	上記のとおり精神障害者通所交通費の助成を受けたいので、申請いたします。 なお、助成対象要件の確認のための住民基本台帳等の閲覧について、同意いたします 令和 年 月 日														
	申請者氏名 厚岸町長 若狭 靖 様													印	
	通 所 証 明 書 上記の通所者について、次のとおり当施設に通所したことを証明します。														
	令和 年度分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	
通 所 回 数														回	
令和 年 月 日 住 所 施 設 名 施設長名															
担当係で記載	認 定 欄														
	利用交通機関	～	往 片	円×	回＝										助成決定額 _____円
	～	往 片	円×	回＝											
	～	往 片	円×	回＝											
				計											