

「精神障害者保健福祉手帳」または、
「自立支援医療(精神通院)受給者証」をお持ちの方へ

釧路管内の障害者総合支援法に規定する通所施設
地域活動支援センター、障害福祉サービス事業所などへ

通所に要した交通費の一部を助成できます

在宅の精神障害者が釧路管内(厚岸町内を除く)の社会復帰訓練等を行う施設等に通所するために要する交通費を一部助成します。

記

1 必要な物

(1) 厚岸町精神障害者通所交通費助成認定申請書

「通所証明書」の欄は通所していた事業所で記入証明してもらってください。

(2) 精神障害者保健福祉手帳または自立支援医療受給者証

(3) 助成金の振り込みを希望される口座の預金通帳

2 申請期限 通所された年度の3月31日まで

3 提出先 厚岸町保健福祉総合センターあみか21

保健福祉課 障がい福祉係

電 話 0153-53-3333/FAX 0153-53-3077

※ 申請書の記入方法については、裏面を参考にしてください。

厚岸町精神障害者通所交通費助成認定申請書														受付年月日		
申請者	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				
が利用する交通機関とその費用	自動車	運賃	駅より		駅まで		往復		円							
	バス	料金	駅より		駅まで		往復		円							
	バス	料金	駅より		駅まで		往復		円							
	バス	料金	停留所より		停留所まで		往復		円							
記載の事実	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														印	
	厚岸町長 若 狹 靖 様															
施設で記載の事実	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。															
	記															
	令和3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	
記載の事実	令和 年 月 日															
	住 所															
	施設名															
担当係で記載	認定欄															
	利用交通機関	往 片		円×		回＝		助成決定額								
	～	往 片		円×		回＝		～								
～	往 片		円×		回＝		計		円							

【対象者】
厚岸町民であること
【通所施設】障害者総合支援法に規定する通所施設
【通所期間】
今回申請する通所の期間

【交通機関】
一般乗合旅客自動車、
鉄道その他これに類する
交通機関運賃

自宅-施設間の最も経済的
で通常の経路・方法

【通所事業所が記入①】
月ごとの通所回数を証明

【通所事業所が記入②】
施設の押印が必要

【記入不要】
1回あたり往復通所交通費
に、2分の1を乗じて得た
額(1円未満切り捨て)