

別記様式第1号（第6条関係）

厚岸町障害児通所交通費助成申請書

令和 年 月 日

厚岸町長 様

申請者 住 所
氏 名

次のとおり厚岸町障害児通所交通費助成を申請します。

なお、次の事項の支給等を受けておりません。

- (1) 施設が実施する送迎支援
- (2) 特別支援学校への就学奨励に関する法律（昭和29年法律第144号）に規定する交通費の支給
- (3) 生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する移送費の支給
- (4) その他制度等による交通費の支給

障害児	氏 名			
	生 年 月 日		性別	男 ・ 女
保 護 者	氏 名			
	住 所			
	電 話 番 号			
	障害児との関係	1 父母 2 親族 3 その他 ()		
通所期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
施設名称				
施設所在地				
振込希望先	金融機関名		支店名	
	口座番号		口座名義人	

※この欄は記載しないでください。

片道の距離 (A)	交通費の単価 (B)	助成対象経費 (C) = (B × 2)	通所日数 (D)	助成金額 (C × D)
km	円	円	日	円