

様式第3号（第7条関係）

障害者支援施設等通所者交通費助成申請書

年 月 日

（宛先）村上市長

住 所 村上市
申請者
氏 名

印

次のとおり、障害者支援施設等通所者交通費の助成を申請します。

（ ）月分

通所者の氏名					
通所施設名					
通所の経路		交通機関名	単価	日数	運賃額
1	～		円	日	円
2	～		円	日	円
3	～		円	日	円
4	～		円	日	円
				申請額	円

※初回のみ記入

振込指定金融機関	銀行			支店・出張所
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号	

※施設長の証明

交通手段	バス	J R	自家用車	送迎
金額	円	通所した日数	日間	
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
所在地				
施設名				
施設長名				

印