様式第１号（第４条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

（申請先）佐久市長

　住所

申請者　　氏名

電話番号

佐久市障害者（児）通所費助成事業実施要綱の規定に基づき、通所費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通所者住所 | 佐久市 | | |
| 通所者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者との続柄 |  |
| 手帳等 | □身体　□療育　□精神  □その他（特児受給者等） | 手帳等番号 |  |
| 手帳等級 |  | 交付年月日 |  |
| 通所先事業所名 |  | | |
| 通所の交通手段  ※該当の通所方法に☑してください。  ※複数の交通手段を利用の場合は、該当するもの全て記入してください。 | □電車（　　　　駅～　　　駅） （片道運賃　　　　　　　円）  □バス（　　　　～　　　　）　 （片道運賃　　　　　　　円）  □デマンド交通（　　 ～　　　）（片道運賃　　　　　　　円）  □その他（　　　　　　　　　　　　）  □自家用車（　　　　　～　　　　　）（片道　　　　　㎞）  　　　　　　　　　※自宅等から事業所又は送迎場所までの距離  □自動二輪車及び原動機付自転車  （　　　　　　～　　　　　）(片道　　　　　㎞)  ※自宅等から事業所又は送迎場所までの距離 | | |

注意事項　・公共交通機関（電車・バス・デマンド交通）を利用の場合は、各手帳制度割引後の額を

記入してください。

　　　　　・通所先事業所による送迎サービス等を受けている場合は除きます。

　　　　　・タクシー利用は、公共交通機関・自家用車等の利用が不可能である者に限ります。

添付書類　（１）経費の支出を証する書類（公共交通機関の領収書、定期券の写し等）

　　　　（２）通所証明書（様式第２号）

（３）前２号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類