様式第１号（第６条関係）

 年　 　月 　　日

甲賀市長　　　　　　　あて

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　－　　－　　　）

令和　　年度障害者支援施設等通所交通費補助金申請書

　甲賀市障害者支援施設等通所交通費補助金交付要綱第６条の規定により交付を受けたく下記により申請します。

記

１　対象者　　 氏名

　　　　　 　　生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　 住所

２　利用している障害福祉サービス　（自立訓練／就労移行支援／就労継続支援）

３　通所施設名

　　通所施設住所

４　補助対象経費　　　　　　　年　　　月分～　　　　年　　　月分

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用公共交通機関 | 利用区間 | 日交通費単価（ア） | １カ月定期代（イ） |
| １ |  | ～ | （片道）　　　　円×２ | 　　　　　　　　円 |
| ２ |  | ～ | （片道）　　　　円×２ | 　　　　　　　　円 |

※補助対象は、（ア）に実際の各月の通所日数を掛けた額と（イ）の額を比較し廉価となる方の額とする。