

【記入例】

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住所 **甲賀市〇〇町〇〇123番地4**
氏名 **〇〇 〇〇**
電話番号（ **123-456-7890** ）

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 **〇〇 〇〇**
生年月日 **〇〇年 〇〇月 〇〇日**
住所 **甲賀市〇〇町〇〇123番地4**
- 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 **〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**
通所施設住所 **〇〇市〇〇町〇〇123番地4**
- 4 補助対象経費 **〇〇年 4月分～ 〇〇年 3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	信楽高原鐵道	信楽 ～貴生川	（片道） 470円×2	14,100円
2	JR	貴生川 ～草津	（片道） 420円×2	12,540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。

障害者手帳等で交通費の割引を受けている場合は、割引後の実際の負担額を記入してください。