

# 【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 ○○○○  
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 ○○○○

生年月日 ○○年 ○○月 ○○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 ○○○○○○○○○○

通所施設住所 ○○市〇〇町〇〇123番地4

4 補助対象経費 ○○年 4月分～ ○○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。