

様式第1（第5条関係）

年 月 日

設楽町長 殿

住所 設楽町
申請者
氏名

設楽町障害者施設等通所交通費助成申請書

障害者施設等通所交通費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

ふりがな			生年 月日	年 月 日	男・女
氏名					
住所	設楽町		電話		
障害者施設等	名称				
	住所	電話			
通所方法	電車	利用期間（	駅～	駅）	
		1か月分の運賃			円
	バス	利用期間（	駅～	駅）	
		1か月分の運賃			円
	自家用自動車	通所距離（片道）			Km
助成申請額	円		月分（通所日数	日）	
金融機関名			銀行	支店	
			農協	出張所	
預金種別	普通 当座	(フリガナ)			
		口座名義人			
口座番号					