

様式第5号

平成 年度十日町市障がい者通院・通所交通費助成申請書

平成 年 月 日

十日町市長 様

申請者	〒	—
	住所	十日町市 (行政区) _____
	電話	() —
	氏名	印
	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)

下記より、障がい者通院・通所交通費助成事業の対象に該当しますので助成を申請します。

また、助成金については下記の振込指定金融機関口座に入金してください。

記

・身体障がい者手帳 ・療育手帳 ・精神障がい者保健福祉手帳	対象障がい名および障がい等級	
		視覚障がい
	聴覚障がい	2
	肢体不自由	1・2・*3
交付年月日 S・H 年 月 日	心機能障がい	1・3
	腎機能障がい	1・3
	呼吸機能障がい	1・3
	ぼうこう直腸機能障がい	1・3
手帳番号 十日町市 第 号	肝臓機能障がい	1・2・3
	療育手帳	A
	精神障がい者保健福祉手帳	1

*肢体不自由については上肢のみ不自由を除く

<振込指定金融機関>

金融機関名	銀行・信組・信金・労金・農協	支店
口座番号 (普通・当座)		
フリガナ (必ず記入してください。)		
口座名義人		

*振込先の口座名義は申請者本人に限ります。

<添付書類>

- ・通院の場合：自宅から直線で5 km以上離れた医療機関の発行する通院に係る領収書4回分以上
- ・通所の場合：自宅から直線で5 km以上離れた障がい者施設の発行する通所証明書