

様式第6号

年度十日町市障がい者通院・通所交通費助成申請書

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 _____ 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	
	交付年月日 年 月 日	視覚障がい
手帳番号 十日町市 第 号	聴覚障がい	2
	肢体不自由	1・2・*3
	心臓機能障がい	1・3
	腎臓機能障がい	1・3
	呼吸機能障がい	1・3
	ぼうこう直腸機能障がい	1・3
	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：自宅から実測で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：自宅から実測で5 km以上離れた障がい者施設の発行する通所証明書