

第1号様式(第4条第1項)

逗子市社会福祉施設等通所交通費支給申請書

逗子市長殿	年 月 日 申請者 住所氏名 ⑩ 年 月 日生 男女 電話 ( )
次のとおり申請します。	

対象者の状況	身体障害者手帳	障害名								
		種 級	第 号	年 月 日	交付					
	療育手帳	IQ	年 月 日			判定				
		総合判定 A B	神奈川第 号			判定機関名				
	合併障害名									
措置状況	措置権者名	措置期間 年 月 日から 年 月 日まで								
	施設等の名称	区分	児童福祉施設 知的障害者援護施設 身体障害者更生援護施設 その他							
	通所日数	週 日	通所曜日 月・火・水・木・金・土							
通所の経路		交通機関名		乗車券の種類		運賃額				
1	から まで					円				
2	から まで					円				
3	から まで					円				
4	から まで					円				
振込先金融機関名			支店口座番号 第 号							
次のとおり決定してよろしいか。(伺い)										
課長	係長	係員	決定の内容 理由 支給する 支給しない							
受付	・	・	乗車券の種類		運賃額		運賃額合計額 円			
審査	・	・	1		円		備考			
決裁	・	・	2		円					
通知	・	・	3		円					
記帳	・	・	4		円					

- (注) 1 通所日が月～土の場合は1週6日、隔日の場合は1週3日と記入し、それぞれ該当する曜日を 〇 で囲んでください。
- 2 運賃額は、定期券利用の場合は1月定期の額、他の乗車券の場合は1往復の額を記入してください。