

第 1 号様式（第 4 条関係）

逗子市障害福祉サービス事業所等通所交通費支給申請書

年 月 日									
逗 子 市 長									
申請者 住 所 氏 名									
年 月 日生									
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	I Q	年 月 日判定			判定機関名			
		総合判定 A B	第 号		年 月 日交付				
		合併障害名							
	精神障害者 保健福祉手 帳	級	神奈川県 第 号	年 月 日交付		年 月 日期限			
	疾 病 名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載すること。)							
	施 設 等 の 名 称				区 分	☐ 生活介護事業所 ☐ 自立訓練事業所 ☐ 就労移行支援事業所 ☐ 就労継続支援事業所 ☐ 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			
振 込 先	振込先金融機関名 本・支店 普通・当座								
	口座番号 口座名義人（フリガナ）								

(注) 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○で囲んでください。