

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

逗子市長		年 月 日		
申請者		住所 氏名 ①		
		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	
	療育手帳	IQ	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
疾病名		年 月 日期限		
(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	<input type="checkbox"/> 生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 自立訓練事業所 <input type="checkbox"/> 就労移行支援事業所 <input type="checkbox"/> 就労継続支援事業所 <input type="checkbox"/> 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	
振込先金融機関名		本・支店	普通・当座	
		口座番号		
次のとおり決定してよろしいか。(伺い)				
課長	係長	係	決定の内容 理由	
			<input type="checkbox"/> 支給する <input type="checkbox"/> 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		

(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。