

帯広市障害者(児)通所施設等交通費助成申請書

年 月 日

帯広市長 様

<通所先記入欄>

<input type="checkbox"/> 通所したことを証明します。	
<input type="checkbox"/> ピアカウンセリングを行ったことを証明します。	
住所	
通所先	
代表者	印

<申請者>

(〒)

住所

氏名

電話

続柄 (※通所者と申請者が異なる場合にご記入ください。)

通所者氏名(生年月日)	S H (年 月 日) R
手帳等の保有状況 (該当するものに○)	身体障害者手帳(有・無) / 精神保健福祉手帳(有・無) 療育手帳(有・無) / 障害福祉サービス受給者証(有・無)
通所先名称	
通所期間	令和4年4月～令和4年6月

申請内容				担当者処理欄 ※この欄は記入不要です。	
交通機関	路線バス ※割引運賃・小児運賃あればその額を適用	通所した日数		日	
		経路	停留所名	片道の運賃	片道運賃 円
		1 (乗換なし)	～	円	
		2 (乗換あり)	～	円	往復運賃 円
		3 (乗換あり)	～	円	
		(往復利用をした日数)		日	円× 日= 円
		(片道利用のみの日数)		日	円× 日= 円
	介護者の有無に○をつけてください。 有・無			介護者運賃 円	
	(介護者が往復利用をした日数)		日	円× 日= 円	
	(介護者が片道利用のみの日数)		日	円× 日= 円	
自家用車 ※片道2km以上のみ対象	通所した日数		日	往復 km	
	(往復利用をした日数)		日	km×0.1×161円× 日= 円	
	(片道利用のみの日数)		日	km×0.1×161円× 日= 円	
施設送迎バス等 ※実費負担額(片道270円上限)	通所した日数		日		
	回数 の記入は 片道を1回と 数えて記入し てください。	(月分)	円× 回= 円	円× 日= 円	
		(月分)	円× 回= 円	円× 日= 円	
		(月分)	円× 回= 円	円× 日= 円	

○ 振込先口座(申請者と同じ名義の口座を記入)

※ 初めて申請する方/前回の口座から変更する方のみ 記入ください。

金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用組合	(支)店
預金種別	普通・当座	フリガナ
口座番号	口座名義	氏名

(担当者処理欄)

合計

円