

帯広市障害者（児）通所施設等交通費助成における上限額以上の助成申出書

年 月 日

帯広市長 様

申出者 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

提出者 対象者本人 本人以外（通所先施設・親族・その他）

施設名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

本人との関係： \_\_\_\_\_

帯広市障害者（児）通所施設等交通費助成事業実施要綱第4条第1項に基づき、四半期につき3万円の上限額を超える助成を受けるため、下記のとおり、通所にあたってやむをえない事情があることを申し出ます。

<通所に係る事情について>

（当てはまる番号に○をつけてください。また、その他の場合は理由をご記入ください。）

1. 地理的な要因や、人間関係などを理由とし、他に通所が可能な施設がないため。
2. 自身で運転することや、公共交通機関を利用することで社会への参加・適応に努めるため。
3. その他（下記のとおり）

問い合わせ先：帯広市 市民福祉部 福祉支援室 障害福祉課 TEL：0155-65-4148

※ 本申出書に対する承認・却下の通知については、以降の帯広市障害者（児）通所施設等交通費助成支給申請に対し、上限額を超えて支給されることに代えさせていただきます。