

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>

☐ 通所したことを証明します。
☐ 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	該当する期間の番号を1つだけ選び右欄に記入ください。 ①: 令和6年 4月～ 6月 ②: 令和6年 7月～ 9月 ③: 令和6年10月～12月 ④: 令和7年 1月～ 3月		記入欄

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 JR	通 所 し た 日 数 日			
		経路	停留所名・停車駅名	片道の運賃	片道運賃 円
		1 行・帰	～	円	往復運賃 円
		2 行・帰	～	円	
		3 行・帰	～	円	
		※割引運賃・小児運賃あればその額を適用		(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	
	※介護者がいる場合、記入。	(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×0.1×163円× 日＝ 円			
(片道利用のみの日数) 日		km×0.1×163円× 日＝ 円			
施設送迎 バス等 ※実費負担額(片道270円上限) ※工賃明細等を添付	通 所 し た 日 数 日				
	回数の記入は <u>片道を1回と数えて記入</u> 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 ご記入ください。

金融機関	☐ 銀 行 ☐ 信用金庫 ☐ 農業協同組合 ☐ 信用組合		(支) 店
預金種別	普通・当座	口座名義	フリガナ
口座番号			氏名

(担当者処理欄)

合 計
円