

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。)

※申請が初めての方／口座を変更したい方は下の口座欄をご記入ください。

通所者氏名	ふりがな		生 年 月 日	昭和					
	氏名			平成		年	月	日	令和
手帳等の保有状況	身体障害者手帳 / 精神障害者保健福祉手帳 / 療育手帳 / 障害福祉サービス受給者証 ※該当するものすべてに○をつけてください。								
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。							記入欄	
	①：令和7年 4月～ 6月 ②：令和7年 7月～ 9月 ③：令和7年 10月～ 12月 ④：令和8年 1月～ 3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 JR	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	(往復利用をした日数)				日		往復 km		km×0.1×172円× 日＝ 円		
	(片道利用のみの日数)				日						km×0.1×172円× 日＝ 円
施設送迎バス等	☐ 別添書類のとおり				※工賃明細など、利用回数のわかるものを添付してください。 ※片道上限270円です。				円× 回＝ 円		
振込先口座（どちらか1つ）	※ 新規申請・変更の方のみ記入してください。 ※ 銀行コード、支店コードの記入は不要です。										
	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	ご指定口座 (申請者名義の口座)									
		☐ 銀行 ☐ 信用金庫					(支) 店				
		☐ 農業協同組合 ☐ 信用組合									
		種別	口座番号				銀行コード			支店コード	
	① 普通										
	② 当座										
	ゆうちょ銀行	記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください。)				番号 (右に詰めてご記入ください。)				銀行コード 9900	
		1				0	※				支店コード
	口座名義	フリガナ									
氏名											