様式第1号(第5条関係)

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：

(※続柄は、通所者と申請者が異なる場合にご記入ください。)

1. 通所者情報

※上記住所と実際の通所先住所が異なる場合は、「通所先名称」の余白部分等に実際の通所先住所をご記入ください。

通所者氏名	ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
	氏名			

手帳等の保有状況	所持しているもの全てに○をつけてください。		通所期間	申請する期間の番号を1つ選び、右欄に記入ください。	記入欄
	身体障害者手帳	精神障害者保健福祉手帳		①:令和8年 4月～ 6月　②:令和8年 7月～ 9月	
	療育手帳	障害福祉サービス受給者証		③:令和8年10月～12月　④:令和9年 1月～ 3月	
通所先名称					

2. 申請内容

交通機関

路線バス JR（※割引運賃がある場合、その額を適用）

経路	停留所名・停車駅名	片道運賃
1 行・帰	～	円
2 行・帰	～	円
3 行・帰	～	円

(往復した日数)　日

(片道のみの日数)　日

※介護者がいる場合のみ記入

(介護者:往復した日数)　日

(介護者:片道のみの日数)　日

自家用車（※片道2km以上のみ対象）

(往復した日数)　日

(片道のみの日数)　日

施設送迎バス等（※工賃明細等を添付）

※**片道を1回**として記入して下さい。

(　月分)　円／　回

(　月分)　円／　回

(　月分)　円／　回

振込先口座（どちらか1つ）

※留意点　① 記入は、**新規申請・変更の方のみ**必要です。 ② 必ず**申請者名義**の口座を記入してください。

金融機関(ゆうちょ銀行以外)

□ 銀 行　□ 信用金庫　□ 農業協同組合　□ 信用組合　(支)店

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。）
1　　0　※	

コード　9900　支店コード

口座名義(申請者名義)	フリガナ	
	氏名	

※振込先が事業所の場合は、委任状(任意様式)が必要となります。

市担当者処理欄　**※以下は記入不要です。**

路線バス JR	片道運賃　円	自家用車	往復　km
	往復運賃　円		km×0.1×167円×　日＝　円
	円×　日＝　円		km×0.1×167円×　日＝　円
	円×　日＝　円	施設送迎バス等	円×　回＝　円
介護者	円×　日＝　円		円×　回＝　円
	円×　日＝　円		円×　回＝　円

合　計
円