

(第5条関係)

江別市心身障害者自立促進交通費助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 江別市長

申請者	住所	江別市 Tel ()
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)

江別市心身障害者自立促進交通費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 手帳交付の状況 (○をつけてください。)
- (1) 身体障害者手帳 有 (種 級) ・ 無
- (2) 療育手帳 有 (A ・ B) ・ 無
- (3) 精神保健福祉手帳 有 (級) ・ 無
- 2 通所施設等の名称・住所

- 3 交通費負担の状況等 (太線内を記入してください。)
- 注** : 実際に支払った額 (手帳所持者は規定運賃の半額) を記入してください。
定期券利用者は定期券の写しを添付してください。

交通機関名	乗車区間	運賃実費負担額 (円)	
	(駅名・停留所名等)	乗車券 (往復)	定期乗車券
	～	円	ヶ月分 円
	～	円	ヶ月分 円
	～	円	ヶ月分 円
	～	円	ヶ月分 円
月別通所日数			
令和 年 月分	日間	令和 年 月分	日間
令和 年 月分	日間	令和 年 月分	日間
令和 年 月分	日間	令和 年 月分	日間
合計		日間	

※以下の欄は通所等をしている施設から証明を受けてください。

証 明 書	
上記のとおり交通機関を利用し、通所していることを証明します。	
令和 年 月 日	
住 所	
施 設 名 等	
代 表 者 氏 名	印

- 4 振込希望金融機関 (通所者本人名義に限ります。)

金融機関名	銀行・信金	口座番号	普通・当座 ()
	支店	口座名義人 (カナ)	

◎市確認欄

合計日数	日間	交通費総額	円	助成決定額	円
------	----	-------	---	-------	---