様式第１号

幌延町心身障がい者（児）等通院（所）交通費助成金交付申請書

　　年　　月　　日

　幌延町長　　　　　　　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

　幌延町心身障がい者（児）等通院（所）交通費助成金交付要綱の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、交付決定のために必要があるときは、私及び私と生計を一にする者の町税等の滞納について幌延町長が確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象区分 | １ | 自立支援医療（人工透析） | 自立支援医療費受給者番号　【　　　　　　　　　　】 |
| ２ | 自立支援医療（精神通院） | 自立支援医療費受給者番号　【　　　　　　　　　　】 |
| ３ | 特定疾患小児慢性特定疾患 | 公費負担医療受給者番号　　【　　　　　　　　　　】病名・疾患名　　【　　　　　　　　　　】 |
| ４ | 障害児通所受給者 | 受給者証番号　　　　　　　【　　　　　　　　　　】 |
| ５ | 早期療育 |  |
| 対象者 | フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　年　　月　　日 | 年齢 |  |
| 手帳の有無 | 有　（　身障　・　療育　・　精神　）　・　無 |
| 介添者 | 有　（介添者氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　）　・　無 |
| 通院（所）施設 | 施設名　　　　　　　　　　　　（住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 通院（所）年月日 | 　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 | 通院（所）証明 | 別紙１ |
| 利用交通機関 | Ｊ　　Ｒ　・　バ　　ス　・　自家用車　・　その他（　　　　　　　） |
| 振込希望先 | 金融機関名 | 銀　　行幌　延　町　　　信用金庫　　　　　　　　　　農　　協 | 本店・本所支店・支所 |
| 種　　別 | 当座　・　普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）　　　　 |
|  |
| 町記入欄 | 助成交通費 | 円 | 交通費計算区間　【　　　　駅　⇔　　　　駅　⇔　　　　駅　】Ａ　　　　　　Ｂ計算式（　　　　　円－　　　　円）×１／２ |
| Ａ　最も経済的な通常の経路により算出した額又は上限額の計Ｂ　他制度における割引及び助成金を受ける事が出来る額の計 |

備考

　１　「助成対象区分」欄には、該当項目番号に「〇」を付し、受給している受給者番号等を記載してください。

　２　「手帳の有無」が有の場合は、手帳の写しを添付してください。

　３　利用交通機関は利用した交通機関全てに「〇」を付し、２機関以上利用の場合は別添１に詳細を記入し添付してください。

　４　通院（所）した当該月が属する年度の末日まで（３月分については翌月末日まで）に月単位で提出してください。

別添１

交　通　機　関　及　び　経　路　内　訳　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通院（所）年月日 | 交通機関 | 経　　　　　路 |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |
| 年　　月　　日　 | ＪＲ | ～ |
| バス | ～ |
| 自家用車 | ～ |
| その他（　　　　　　　　） | ～ |