

様式第1号(第4条関係)

大山町障害者通所・通院費助成金交付申請書

年 月 日

大山町長 様

申請者 住所
氏名

大山町障害者通所・通院費助成金交付条例施行規則第2条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。

記

助成金交付申請額	円			
交通手段	自家用車・鉄道・バス・タクシー・その他()			
※利用交通機関等内訳				
順路	利用交通機関	区間(経路)	運賃	備考
1		から	円	
2		から	円	
3		から	円	
4		から	円	
5		から	円	
合計			円	

添付書類：領収書(タクシー利用の場合のみ)

<小規模作業所・医療機関証明欄>

通所又は通院の 期間及び日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
-------------------	---------------------

年 月 日

上記の者は、当小規模作業所に通所するため(当医療機関において精神疾患の治療を受けるため)、上記の日数通所(通院)したことを証明します。

小規模作業所名又は
医療機関名及びその所在地

小規模作業所代表者
又は担当医師名

印

(氏名を自署する場合には、押印の省略可)