

(第1号様式)

厚木市施設通所交通費助成申請書兼施設通所証明書

令和 年 月 日

(あて先) 厚木市長

私は、要綱の内容及び次の各条件について了承した上で、申請します。

1 通所者本人について御記入ください。太枠の中だけご記入ください。

通所者	住所	厚木市			障がい種別(該当に☑) ☐身体障がいの方 ☐知的障がいの方 ☐精神障がいの方
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月 日	
	メールアドレス				
	電話番号				
施設通所名			所在地		
通所方法(片道の金額)		通所経路		交通費	備考
バス・電車		～		円	
バス・電車		～		円	
バス・電車		～		円	
バス・電車		～		円	
施設有料送迎		～		円	
自家用自動車等・介護タクシー		自宅～		円	
送迎加算・施設から通所経費				円	

2 上記1の申請に対して次のとおり口座振込を依頼します。

【口座振替依頼書】(あて先) 会計管理者

フリガナ	セイ										
	メイ										
口座名義人		※通所者以外の口座名義を希望の場合、委任状が必要です。									
金融機関	金融機関名(該当に☑)			支店名(該当に☑)				種別(該当に☑)			
	☐銀行 ☐金庫 ☐組合			☐本店(所) ☐支店(所) ☐出張所				☐普通 ☐当座			
	金融機関コード(4ケタ)			支店コード(3ケタ)			口座番号(右づめで記入)				

施設通所証明書

上記の者は、令和5年9月1日から令和6年2月29日までの期間、次のとおり本施設へ通所していることを証明します。

月	9	10	11	12	1	2	合計
通所日数							

所在地
施設名称
代表者名
電話

厚木市処理欄