（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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通所者 | 住　所 | 厚木市 | 障がい種別(該当に☑) |
| フリガナ |  | □身体障がいの方□知的障がいの方□精神障がいの方　 |
| 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 |  |

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。**

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 |