

(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☑)		
	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		自宅 ～		円			
備考							

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		□本人 □本人以外(続柄:)										
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 年 月 日から令和 年 月 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							合計
通所日数							

所 在 地
施 設 名 称
代 表 者 名
電 話 話