

施設等通所交通費支給申請書（新規・変更）

申請日		年	月	日	
〒					
住所					
申請者					
		氏名			
		生年月日			
		年	月	日	
		電話番号			
		()		
<p>次のとおり申請します。なお、当該交通費支給及び施設等退所に係る報告は、本申請をもって、通所先施設長等に委任します。 ※生活保護受給者の方、他市援護者の方は当該交通費支給の対象外です。</p>					
通所開始日等		年	月	日	
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）	等級	級 (A1・A2・B1・B2)		
<p>※重度障害（身体障害者手帳1・2級、療育A1・A2）の方のみ記入ください。</p>					
介護者	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	住所	名前 (続柄等)		
通所施設名					
通所施設住所					
送付先指定		送付先〒		送付先氏名	
通所経路		交通機関等	片道金額 (a)	往復金額 (a×2)	
1	～				
2	～				
3	～				
4	～				
			合計	円	
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 営業部 出張所	口座種別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	金融機関 コード	店舗 コード	口座番号		
	口座名義 (カタカナ)		<input type="checkbox"/> 変更なし		

<p>※担当者チェック欄</p>	
チェック項目	<input type="checkbox"/> バス代半額（身体・療育、京急バスは精神手帳） <input type="checkbox"/> 車両送迎（重度障害該当） <input type="checkbox"/> 振込先口座変更