第４号様式（第６条関係）

上越市施設等通所交通費助成申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）上越市長

住　　所 ……

（保護者氏名）

ふりがな
氏　　名 ……

個人番号 ……　―　　―

電話番号 ……　―　　―

次のとおり通所交通費の助成を申請します。

通所施設名等	はまぐみ小児療育センター・その他（　　）														
通所者氏名						生年月日			年　　月　　日						
個人番号					―					―					
通所年月日	年　　月　　日 年　　月　　日					手帳の有無・内容			有　身体障害者手帳　　級　　種 療育手帳　Ａ　・　Ｂ 精神障害保健福祉手帳　　級 無						
助成額振込先（申請者名義）	（銀行・信金・信組・農協） 本店　　支店　　当・普№														
助成交通費	※ 円					Ａ　　Ｂ 計算式（　　円－　　円）×　回　　円×１／２									
交通費計算区間	～					Ａ 高速料金　　円×２(往復)＝　　円 Ｂ 割引控除　　Ａ×１／２＝　　円									

備考

１　※欄は、記入しないでください。

２　申請書に通所したことが確認できる書類（領収書、施設等からの通知等）を添付してください。(写しでも可)

３　原則として、１月単位で、翌月１５日までに提出してください。(郵送可)

※ 記載された個人情報は上越市施設等通所交通費助成に関する業務以外には使用しません。

年　　月　　日検収