

様式第1号（第4条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金交付申請書

年 月 日

（申請先）佐久市長

申請者 住所
氏名
電話番号

佐久市障害者（児）通所費助成事業実施要綱の規定に基づき、通所費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

通所者住所	佐久市		
通所者氏名	生年月日	年 月 日	
	申請者との続柄		
手帳等	☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ その他（特児受給者等）	手帳等番号	
手帳等級		交付年月日	
通所先事業所名			
通所の交通手段 ※該当の通所方法に☑してください。 ※複数の交通手段を利用の場合は、該当するものの全て記入してください。	☐ 電車（ 駅～ 駅）（片道運賃 円） ☐ バス（ ～ ）（片道運賃 円） ☐ デマンド交通（ ～ ）（片道運賃 円） ☐ その他（ ） ☐ 自家用車（ ～ ）（片道 km） ※自宅等から事業所又は送迎場所までの距離 ☐ 自動二輪車及び原動機付自転車 （ ～ ）（片道 km） ※自宅等から事業所又は送迎場所までの距離		

注意事項 ・公共交通機関（電車・バス・デマンド交通）を利用の場合は、各手帳制度割引後の額を記入してください。

・通所先事業所による送迎サービス等を受けている場合は除きます。

・タクシー利用は、公共交通機関・自家用車等の利用が不可能である者に限ります。

添付書類 （1）経費の支出を証する書類（公共交通機関の領収書、定期券の写し等）

（2）通所証明書（様式第2号）

（3）前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類