

別記様式（第4条関係）

佐久穂町心身障害児・者通園費等助成金支給申請書

年 月 日

（申請先）佐久穂町長

申請者 住 所 佐久穂町大字
氏 名
電話番号



年度分の佐久穂町心身障害児・者通園費等助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

対象者等 氏名					
施設名又は病院名 及び所在地	(施設名)				
	(所在地)				
通園・通院 期間	年 月 ~ 年 月	移動方法 (○をつけてください)	公共交通機関 自家用車		
交通費代	金 円	自動車の種類	普通 ・ 軽		
有料道路代	金 円	通園・通院距離 (自家用車の場合：片道)	km		
通園費等助成金	金 円※				
金融機関名等	金融機関名	支店名	(カナ) 口座名義人	口座種別	口座番号 (右詰めで記入)
	銀行 金庫 組合	支店 支所		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

添付書類

- ・ 経費の支出を証する書類（有料道路、公共交通機関等の領収書）の写し
- ・ 通園、通院等の確認のできる書類（施設発行の証明書、病院等を受診した日の領収書）の写し
- ・ その他町長が必要と認めた書類

※通園費等助成金の計算は担当係がおこないます。