

様式第 1 号（第 6 条関係）

市川市障害者施設等通所費用助成金交付申請書

年 月 日

市川市長

（申請者）

住所

氏名

（代理人）

氏名

障害者との続柄

市川市障害者施設等通所費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 通所者

住 所	市川市
氏 名	
生年月日	年 月 日
身体障害者手帳	第 号 種 級
療育手帳	判定 第 号
精神保健福祉手帳	第 号 級

2 通所の状況

施設等の名称	
施設等の種別	
施設等の経営主体	
施設等の所在地	
通所開始年月日	年 月 日

通 所 届

年 月 日

市川市長		施設等の名称	
通所者氏名		施設等の種別	
住 所	市川市	施設等の所在地	
		通所開始年月日	年 月 日

順路	通所方法の別	区間	運賃等の負担額		控除額
			定期券	定期券以外 (片道運賃の額) I Cカード・現金	
1		～	(箇所月) 円	I Cカード・現金 円	円
2		～	(箇所月) 円	I Cカード・現金 円	円
3		～	(箇所月) 円	I Cカード・現金 円	円
4		～	(箇所月) 円	I Cカード・現金 円	円
計			円	円	円

記入上の注意

- 「通所方法の別」欄には、通所の順に従い、徒歩・自転車・JR〇〇線・〇〇電鉄・〇〇バス等の別を記入してください。
- 「運賃等の負担額」欄について、定期券を使用する場合は、当該定期券の有効月数及び金額を記入し、定期券の写しを添付してください。また、定期券を使用しない場合は、乗車区間の片道の運賃の額を記入してください。
- 通所に要する経費について、施設等から別に補助金その他これに類するものが支給されている場合には、「控除額」欄にその1箇所月当たりの額を記入してください。

口座振込依頼書

市川市会計管理者

年 月 日

申 請 者	住所		
	フリガナ		続 柄
	氏名	印	
	電話	()	

本人氏名

生年月日

本人住所

福祉サービスに関連する手当・助成金等は、下記の口座に振込を依頼します。

【業 務 名】

【口座振込依頼】 No. _____

銀 行 名				支 店 名			店番号	
種目	普・	口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				

【口座変更依頼】

銀 行 名				支 店 名			店番号	
種目	普・	口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				

口座を変更する時は、口座利用状況を参考にしてください。

【口座利用状況】

年 月 日現在

1	銀 行 名				支 店 名			店 番 号	
	種目		口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				
	事 業 名								
2	銀 行 名				支 店 名			店 番 号	
	種目		口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				
	事 業 名								
3	銀 行 名				支 店 名			店 番 号	
	種目		口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				
	事 業 名								
4	銀 行 名				支 店 名			店 番 号	
	種目		口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				
	事 業 名								
5	銀 行 名				支 店 名			店 番 号	
	種目		口 座 番 号		口座名義人 (カタカナ)				
	事 業 名								