（様式第3号）（第4条関係）

椎葉村心身障害児通所支援事業所等交通費助成申請書

　　　　年　　月　　日

椎葉村長　　　　　殿

住所　東臼杵郡椎葉村大字

　　　　　　　 　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　年　　月分の通所交通費を助成されたく申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者 | | 氏名 |  | | | | | 加入保険 | 世帯主又は被保険者氏名 | | |  | |
| 保険証記号  番号 | | |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | |
| 保険名 | | |  | |
| 振込希望銀行口座 | | | |  | | | 口座名義  番号 | | | |  | | |
| 通所施設 | 所在地 | | | 施設名 | 交通費 | 通所１回分の費用 | | | | 今月の回数 | | | 月額 |
|  | | |  | 円 | | | | 回 | | | 円 |

「注」下欄の太枠内は記入しないこと。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | | 年 月 日 | | | 決定 | 年 月 日 | | |
| 番号 | | 年 月 日 | | | 通知 | 年 月 日 | | |
| 助成内訳 | 通院月額 | | 控除額の内訳 | | | | | 交付決定額 |
| 身体障害者としての減免 | その他 | | | 控除額計 |
| 円 | | 円 | 円 | | | 円 | 円 |