様式第3号

三川町障害（児）者障害福祉サービス事業所等通所交通費助成金交付請求書

　　年　　月　　日

　　三　川　町　長　　殿

申請者　住所　三川町大字

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月から　　月分の通所交通費について、三川町障害（児）者障害福祉サービス事業所等通所交通費助成要綱第５条第1項の規定に基づき、下記のとおり助成金を請求いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 通所方法 | 　バス　・　旅客鉄道　・　自家用車　・ﾃﾞﾏﾝﾄﾞ型乗合ﾀｸｼｰ |
| 交通費① | 1回当たり　　　　円 | 利用回数② | 回 |
| 助成額 | 1. × ②　　　×　　／　　＝　　　　　　　円
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 通所方法 | 　バス　・　旅客鉄道　・　自家用車　・ﾃﾞﾏﾝﾄﾞ型乗合ﾀｸｼｰ |
| 交通費① | 1回当たり　　　　円 | 利用回数② | 回 |
| 助成額 | 1. × ②　　　×　　／　　＝　　　　　　　円
 |

以下は、新規または変更時のみ記載すること

|  |  |
| --- | --- |
| 支 払 方 法 | 1　現　　金　　　　　　2　口座振込 |
| 振込先 | 金融機関 | 　 | 支所・支店　 | 普通・ |
| 口座番号 | 　 | 口座名義人 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 支給対象月 | 支給総額 | 支給年月日 | 備考 |
|  年　 月 | 円 | 　　　 年　 月　 日 | 　 |

 (1)　※は記入しないで下さい。

　(2)　「三川町障害（児）者障害福祉サービス事業所等通所報告書」を添付して下さい。