　第１号様式

障害者通所施設交通費助成受給資格認定申請書

年　　月　　日

　（あて先）成田市長

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

※本人による自署の場合、押印を省略できます。

　障害者通所施設交通費助成の受給資格の認定を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | | | | | 性別 | | 男・女 |
| 氏名 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 障害者通所施 設 名 |  | | | | | | | | |
| 障害の種別  及 び 程 度 | 身体障害者手帳 | 県第　　　　号　　種　　級 | | | | | | | |
| 療 育 手 帳 | 県第　　　　号　程度 | | | | | | | |
| 精 神 障 害 者  保健福祉手帳 | 県第　　　　号　　級 | | | | | | | |
| 自立支援医療  受 給 者 証  (精 神 通 院) | 受給者番号 | | | | | | | |
| 難 病 疾 病 名 |  | | | | | | | |
| 振　　込　　先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　本店  農協　　　　　　　　　　支所  信用金庫　　　　　　　　　　支店 | | | | | | | 普通・当座 | |
| 口 座 番 号 |  | | | フリガナ | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | | |