

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 ⑩  
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	普通・当座		
		農協	支所			
	信用金庫	支店				
先	口座番号	フリガナ				
		口座名義人				