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 | 　 |