

えりも町障がい福祉サービス利用者交通費助成金支給申請書（平成 年 月分）

保 護 者 又 対 象 者 は 者	氏 名			
	住 所			
利 用 者	氏 名		生年月日	年 月 日
利 用 経 路	から		まで	
施 設 所 在 地 又 は 利 用 地		助 成 単 価	円（1往復）	
申 請 額	円 ×		日 =	円
振 込 先	金融機関			
	口座番号		口座名義	
上記のとおり障がい福祉サービス利用者交通費助成金の支給を申請します。				受 付 印
えりも町長 様				
平成 年 月 日				
氏名 <span style="float:right">㊟</span>				

障がいサービス事業所証明欄 ※事業所記載欄										
上記申請者が、次のとおり障がい福祉サービスを利用したことを証明します。										
平成 年 月分：利用 日					(利用日に捺印をお願いします。)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
平成 年 月 日										
事業所住所										
事業所代表者氏名 <span style="float:right">㊟</span>										

----- 町処理欄（記載しないでください） -----

町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係

利用日数	×	助成単価
日		円

=	助成決定額
	円

平成 年 月 日 右記のとおり決定し、支出してよいか伺います。

えりも町障がい福祉サービス利用者交通費助成金支給申請書（平成◆◆年 ◆月分）

保護者 又は 対象者	氏名	● ● ● ●			記載例
	住所	幌泉郡えりも町字本町●●番地			
利用者	氏名	○ ○ ○ ○	生年月日	平成◆◆年 ◆月 ◆日	
利用経路	字本町 から		■■■■サービス事業所		まで
施設所在地 又は 利用地	■■町	助成単価	●●●円（1往復）		
申請額	●●●円 × 6 日 = ●●●● 円				
振込先	金融機関	▲▲銀行▲▲支店			
	口座番号	普通 ●●●●●●●●	口座名義	● ● ● ●	
上記のとおり障がい福祉サービス利用者交通費助成金の支給を申請します。					受付印
えりも町長 様					
平成◆◆年 ◆月 ◆日					
氏名 ● ● ● ● 印					

**障がいサービス事業所証明欄 ※事業所記載欄**

上記申請者が、次のとおり障がい福祉サービスを利用したことを証明します。

平成◆◆年 ◆月分：利用 6日 （利用日に捺印をお願いします。）

1	2	印	4	5	印	7	8	印	10	
			印	15	16	17	印	19	20	
21	22	23	24	25	印	27	28	29	30	31

**利用日に事業所印をお願いします**

平成◆◆年◆◆月◆◆日

事業所住所

事業所代表者氏名  印

町処理欄（記載しないでください）

町長	副町長	課長	課長補佐	係長	係

利用日数  
日

×

助成単価  
●●●円

=

助成決定額  
円

平成 年 月 日 右記のとおり決定し、支出してよいか伺います。