

年 月 日

恵那市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

精神障害者小規模作業所等交通費助成受給資格認定申請書

下記のとおり、受給資格の認定を受けたいので次のとおり申請します。

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
住 所	恵那市		番地		
通所施設					
通所予定期間	年 月 日 ~		年 月 日		
精神保健福祉手帳の番号	号		等級	級	
利用路線名	行程（最寄りの駅名を記載）		鉄道運賃（片道の費用）		
	~		円		
	~		円		
	~		円		
合 計					円
通所の証明	上記の者は、当所に通所していることを証明します。 年 月 日 通所施設 所在地 名 称 代表者名 電 話				

(注) 添付書類 精神保健福祉手帳の写し