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金交付申請書

　　標記助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

　１　助成申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（③×１／２）

　　　　　内訳　　１日の交通費　　　　　　　　　　　円……①

　　　　　　　　　通所日数　　　　　　　　　　　　　日……②

　　　　　　　　　通所に要した実費　　　　　　　　　円（③＝①×②）

　２　助成対象月　　　　　　　年　　月から　　　　年　　月まで

　３　助成金の振込先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 |  | 種別 | 口座番号 | フ　リ　ガ　ナ  口座名義人 |
| 銀行・信用金庫  農協・信用組合　　　支店 |  | 普通  当座 |  |  |

　４　通所の証明

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 年  月分 | 年  月分 | 年  月分 | 年  月分 | 年  月分 | 年  月分 |  |
|  | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |  |
| 上記のとおり通所したことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  通所施設　所 在 地  名　　称  代表者名 | | | | | | | |