

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