

第1号様式（第6条関係）

上越市特別支援学校通学費助成金交付対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり上越市特別支援学校通学費助成金交付対象者の認定を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	対象児童等		続 柄	
	学 校 名			
	助成対象期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
	通 学 方 法	<input type="checkbox"/> 福祉有償運送 <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンター事業		
内 訳	利用見込回数（A）	回		
		1回当たりの利用料金	円	
	利用距離（B） （福祉有償運送利用の場合）	利用距離_____km ※1回当たりの利用距離		
	利用事業者 （福祉有償運送利用の場合）			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 利用見込等明細書			