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 | | ☐福祉有償運送　　☐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　　　㎞　　※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 | | | □　利用見込等明細書 | | | |