

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申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所

申請者

次のとおり、上越市特別支援学校通学費助成金の交付を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象児童等		続 柄	
学 校 名			
請求期間	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		
助成金請求額	円		
振込先	銀行		支店・支所名
	信用金庫		預金種目
	組合		
	口座番号		
フリガナ			
口座名義人			

備考 福祉有償運送に係る領収書の写しその他の利用料金の支払を証する書類又はファミリーサポートセンター事業に係る援助活動報告書の写しを添付してください。

助成金の請求に当たり、福祉課職員が上越市ファミリーサポートセンター事業実施等要綱に基づく助成金の交付状況を確認することに同意します。

申請者氏名