

第4号様式（第6条関係）

上越市施設等通所交通費助成申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 上越市長

住 所

(保護者氏名)

ふりがな
氏 名

個人番号 — —

電話番号 — —

次のとおり通所交通費の助成を申請します。

通所施設名等																
通所者氏名						生年月日	年 月 日									
個人番号					—							—				
通所年月日	年 月 日 年 月 日 年 月 日					手帳の有無・内容	有 身体障害者手帳 級 種 療育手帳 A・B 精神障害保健福祉手帳 級 無									
助成額 振込先 (申請者名義)	銀行・信金・信組・農協					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号									
	本店 支店						ふりがな 口座名義人									
自宅から最も近い有料道路のインターチェンジ						I C										

※以下の欄には記入しないでください。

助成額 計算区間	I C ~ I C	左記の 通行料金	円 (A)
有料道路の 通行料金割引	有 ・ 無	有料道路の 通行料金割引額	円 (B)
助成金の額			
計算式	((A) 円 - (B) 円) × 2 (往復) × 回 × 1 / 2		

備考

- 1 申請書に通所したことが確認できる書類（領収書、施設等からの通知等）を添付してください。（写しでも可）
- 2 申請書は、通所又は通院した月の翌月15日までに提出してください。（郵送可）