

様式第1号の2（第4条関係）

医療機関等への通院等交通費助成（変更）申請書

年 月 日

江 田 島 市 長 様

申請者住所 江田島市

申請者氏名

対象児氏名

電話番号（ - - ）

江田島市障害者施設等への通所等交通費助成事業実施要綱第4条第1項に基づき、交通費の助成（変更）申請をします。なお、通院等に当たって利用する交通機関等は次のとおりです。

通院等の経路	利用する交通機関	1日当たり所要額	医療機関等名称
自宅 ～			
合 計			

※自家用車を利用する場合は1km当たり38円で計算してください。

変更の場合、 その理由	
----------------	--

助成金振込先情報（必須） 選択肢は○で囲んでください。

金融機関名	銀行 金庫 信組 信連 農協 漁協 信漁連 支店
口座名義 (カタカナ)	
口座番号	普通・当座

※通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。