

様式第1号（第4条関係）

障害者施設等への通所等交通費助成（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

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、通所等に当たって利用する交通機関等は次のとおりです。

通所等の経路	利用する交通機関	1日当たり所要額	左の説明
自宅 ~			
合 計			
※厚生労働大臣が定める送迎		該当 ・ 非該当	

通所に当たって利用する交通機関等は、上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

障害者施設の所在地

施設名

施設長等

印

変更の場合、 その理由	
----------------	--

※厚生労働大臣が定める送迎とは、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示523号）に定める送迎加算をいう。

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