

葉山町障害児者通所交通費支給申請書

葉山町長 殿

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係 ()

通 所 者 の 状 況	住 所				
	ふりがな			性 別	男 女
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	身体障害者手帳	有 無	ありの場合	第 種	
	療育手帳	有 無	ありの場合	第 種	
	精神障害者保健福祉手帳	有 無			
交 通 費 の 内 訳	サービスの種類	☐ 生活介護 ☐ 自立訓練 ☐ 就労移行支援 ☐ 就労継続支援 ☐ 地域活動支援センター ☐ その他 () ※ 地域活動支援センター又は町長が認める障害者地域作業所を利用する場合、作業を行った日が通所交通費の支給対象となります。			
	施設の名称・所在地	神奈川県			
	通所経路	～	～	～	
	交通機関名等				
	往復運賃/定期乗車券購入額	円	円	円	
	※ 施設等による送迎の費用が月額等で定められている場合、月額等の額				

過誤等により交通費の支給を受けた際、実費との差額について、葉山町からの返還請求等に応じることに同意します。また、不正な手段により交通費の受給があったと葉山町が認めた場合、支給額の全額返還及び交通費支給決定の取消しを行うことがあることに同意します。

申請者氏名