

第3号様式（第5条関係）

障害者施設通所交通費助成請求書

年 月 日

愛川町長 殿

請求者住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

次のとおり障害者施設通所交通助成金を請求します。

対象者	氏名						
	住所						
	生年月日	年	月	日			
請求額		円					
請求額の内訳（ 4月～9月分 ・ 10月～3月分 ） <input type="checkbox"/> 鉄道・バス利用の場合 ・助成単価（往復運賃の合計） _____ 円×通所日数 ・助成単価（往復運賃の合計） _____ 円×通所日数 <input type="checkbox"/> 自家用車等利用の場合 ・助成単価（通所距離に基づく日額） _____ 円×通所日数 ・助成単価（通所距離に基づく日額） _____ 円×通所日数							
振 込 先 口 座	<input type="checkbox"/> 前回と同じ振込先に振込希望						
	前回の振込先	***** ** ***** *****					
	<input type="checkbox"/> 下記の振込先に振込希望						
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農業協同組合					
	金融機関支店名	本店(本所) 支店(支所) 出張所 ()					
	種 別	普通・当座	口座番号				
	口座名義人カナ						
口座名義人							