

記載例

請求者の押印は不要

障害者施設通所交通費助成請求書

「日付」は記入不要

年 月 日

愛 川 町 長 殿

* 本人の住所・氏名・連絡先を記入してください。（自筆または介護者等による代筆）

住 所 愛川町角田251-1
氏 名 愛川 太郎
連絡先 046-285-2111

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	愛川 太郎							
	住 所	愛川町角田251番地1							
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日							
請 求 額		円							
請求額の内訳（4）		「請求額」と「請求額の内訳」の欄は 記入しないでください。							
☐ 鉄道・バス利用 ・助成単価（往復運賃の合計）円×通所日数									
☐ 自家用車等利用の場合 ・助成単価（通所距離に基づき算出）円×通所日数									
振 込 先 口 座	☐ 前回と同じ振込先に振込希望	どちらかに✓を入れてください。							
	☐ 前回の振込先								
	☒ 下記の振込先に振込希望	* 前回の振込先欄に口座情報の記載がある方は、「前回と同じ振込先」または「別の振込先」を選択できます。 * 別の振込先を希望の方や前回の振込先欄に口座情報の記載がない方は、「下記の振込先に振込希望」の左の□に✓を入れ、振込先の口座情報をご記入ください。							
	金 融 機 関 名	県央愛川		銀行	信用金庫	信用組合			
	金融機関支店名	中津		労働金庫	農業協同組合				
	種 別	普通 当座	口座番号	0	1	2	3	4	5
口座名義人カナ		アイカワ タロウ							
口座名義人		愛川 太郎							