

年 月 日

社会福祉法人  
湯河原町社会福祉協議会 様

知的障がい児者施設通所者等交通費半額助成  
( 新 規 登 録 書 )

次のとおり、施設通所者等交通費助成金の交付を受けたく申請します。

利 用 者	住 所	湯河原町			
	電 話				
	氏 名			印	
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
保 護 者	氏 名			印	
通 所 施 設	所 在 地				
	名 称				
( 振 込 金 融 機 関 )					
銀 行 支 店 信 金 協 農					
口 座 番 号 (左詰めで記入)					
口 座 名 義 人 (原則利用者と同一)					

※ 二重線部分は各施設でご記入ください。

※ 金融機関口座確認の為、振込先の通帳のコピー（口座名義人と口座番号がわかるもの）を必ず添付してください。

年 月 日

社会福祉法人  
湯河原町社会福祉協議会 会長 様

申請者 住所 湯河原町 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_

知的障害児者施設通所者等交通費補助金交付申請書

次のとおり、知的障害児者施設通所者等交通費補助金の交付を受けたく申請します。

対象者	住所	湯河原町		性別	男・女	
	氏名			介護者の有無	有・無	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		療育手帳の有無	有・無	
通所施設	所在地					
	名称					
通所 の 状 況	使用交通手段 ○で囲む	J R ・ バス ・ 施設バス ・ その他 ( ) 自家用車 (片道通所距離: . km) ※自家用車以外の交通手段を使用する場合は下記に記入してください。				
	施設までの順路 (駅・停留所名等)	交通機関等 名称	交通費			
			その都度	定期券	施設バス	
	① ~		円	円	ヶ月	円
	② ~		円	円	ヶ月	円
③ ~		円	円	ヶ月	円	

年 月 日

通所者 住 所 湯河原町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

### 施設通所状況証明書

下記のとおり通所致しましたので、施設通所状況証明書を提出いたします。

年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	通 所 日 数	日 数 合 計
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月																日	日
	月																日	
	月																日	

上記のとおり通所したことを証明する。

年 月 日

施設名

住 所

施設長

印