様式第１号（第６条、第１１条関係）

我孫子市障害者施設等通所費用助成（新規・継続・変更）申請書

年　　月　　日

　我孫子市長あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　我孫子市障害者施設等通所費用助成金の交付を受けたいので、（新規・継続・変更）申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | （フリガナ）  氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 |  |
| 手帳等の有無 | 有・無 | 身体障害者手帳　療育手帳　精神障害者保健福祉手帳　精神通院　　※該当するものに○を付けてください。　　　　　　　　　難病 | | |
| 通所先  施設等 | 名称 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | 電話番号 |  |
| 施設種別  （　○を付けてください　→　） | 生活介護・就労移行支援・就労継続支援Ａ型・就労継続支援Ｂ型  ・自立訓練・地域活動支援センター・福祉作業所 | | | |
| 通所開始（変更）年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 通所先からの交通費助成の有無 | | 有（　　　　　　円）　・　無   * 有の場合は、雇用契約書等（助成額の分かるもの）の写しを添付してください。 | | | |
| 生活保護について | | 生活保護を受けていない　　　□ | | | |
| 我孫子市障害者施設等通所費用助成の決定にあたり、生活保護に関する必要な情報を、我孫子市が確認することに同意します。  氏名 | | | |

通所経路

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 順路 | 通所方法の別 | 乗降駅（バス停）  正確な名称を記入してください。 | ※市処理欄 |
|
| １ |  | から　　　　　　　　まで |  |
| ２ |  | から　　　　　　　　まで |  |
| ３ |  | から　　　　　　　　まで |  |
| ４ |  | から　　　　　　　　まで |  |

※「通所方法の別」欄には、通所の順路に従い、徒歩・自転車・ＪＲ〇〇線・〇〇バス等の別を記入してください。

※口座変更【あり・なし】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 銀行・信用金庫・農協　　　　　　　　　　　　　　　　　店 | | | | |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | | 口座番号 |  |
| 口座名義（カタカナ） | |  | | |

◎振込口座のわかる通帳の写しまたはカードの写しを添付願います（※変更・新規の場合）。