

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

岐南町長 宛

住所.....

氏名.....

電話番号.....

交通費助成対象者申込書

岐南町障害者就労等交通費助成事業実施要綱による対象者として認定を受けたいので、次のとおり申し込みます。

氏名			
生年月日	年	月	日
住所	岐南町		
通所施設・就労先			
通所・通勤 予定期間	年	月	日から 年 月 日まで
☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳	【番号】 号		
利用路線名	行程（最寄りの駅名等）	鉄道等運賃（片道費用）	
	～	円	
	～	円	
	～	円	
合 計		円	
証 明	上記の者が、通所・通勤していることを証明します。 。 年 月 日 （通所施設・就労先名） （所在地） （代表者名） 印		

添付書類：障害者手帳の写しを添付してください。