柏市障害者交通費助成登録（新規・変更）申請書

柏市長　太　田　和　美　あて

申請者　住所

氏名

対象者との続柄

TEL

通所開始日・変更日：

私は，柏市障害福祉サービス事業施設等通所交通費助成規則の規定により交通費の助成を受けたいので，登録（　新規　・　変更　）申請します。

対象者	フリガナ 氏名	□申請者に同じ	生年月日	
	住所	□申請者に同じ　電話番号：（　　）		
	手帳等	□　身体障害者手帳　□　療育手帳　□　精神保健福祉手帳　□　精神通院		
通所先施設等	名称		距離《市処理欄》	
	所在地		km	
	施設	□　生活介護　□　自立訓練　□　就労移行支援 □　就労継続支援（A・B）　□　地域活動支援センター		
	手段	□　公共交通機関　□　自動車　□　バイク　□　その他（　　）		
振込先	金融機関	銀行　支店	口座番号	普通
	フリガナ			
	口座名義			

□　生活保護を受給していない

□　柏市心身障害者自動車燃料費助成を利用していない

《公共交通機関経路　～通所手段で公共交通機関にチェックした場合のみ以下に記入》

	会社	乗降駅（バス停） 正確な名称を記入してください			運賃 片　道	 障害者割引	定期券相当額 《市処理欄》
経路１			⇔		円	□有　□無	円
経路２					円	□有　□無	円
経路３					円	□有　□無	円
経路４					円	□有　□無	円
経路５					円	□有　□無	円
経路６					円	□有　□無	円

※自動車・バイク等の場合は，車検証や標識交付証明書など所有を証明できる書類と運転免許証の写しを添付

※変更の場合は，通所先，振込先，公共交通機関経路のうち変更箇所のみを記入