

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 _____

通所開始日・変更日：令和 年 月 日 対象者との続柄 ()
TEL ()

私は、柏市障害福祉サービス事業施設等通所者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		生年月日	年 月 日
	住所	電話番号 (- -)		
	手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健手帳 <input type="checkbox"/> 精神通院		
通所先 施設等	名称		距離《市処理欄》	
	所在地		km	
	施設	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型) <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		
	手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> その他()		
振込先	金融 機関名	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
- 通所先から通勤手当及びそれに類する手当が支給されていない

《公共交通機関経路～通所手段で公共交通機関にチェックを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下さい			運賃		定期券相当額 《市処理欄》
					片道	障害者割引	
電車①			⇔		円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
電車②			⇔		円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
バス①			⇔		円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
バス②			⇔		円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円
()					円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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、振込み先、公共交通機関経路のうち変更箇所を記入