

様式第1号（第4条関係）

在宅障がい児（者）施設通所費助成交付申請書

令和 年 月 日

中川町長 様

申請者 住所  
(保護者) 氏名

在宅障がい児（者）施設通所費の助成を受けたいので申請します。

障がい児（者） 氏 名		申請者との 関 係	
障がい児（者） 住 所		介 護 者 の 有 無	有（氏名 ） 無
通 所 施 設 名			
通 所 の 手 段	① 自動車 ② 汽 車 ③その他（ ）		
申 請 額	円		
通 所 費 積 算 内 訳	駅から 駅まで（往復） 運賃 特急 座席指定 ( 円 + 円 + 円 ) × 日 × 1 / 2		
備 考			

## 様式第2号(第4条関係)

## 在宅障がい児（者）施設通所証明書

中川町長

樣

## 住 所

### 施設名

施設長

印

次の者について、当施設に通所したことを証明します。

記

1 通所者名 住所  
氏名

2 通所期間 年 月分