

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	<div>_____ 駅から _____ 駅まで（往復） 運賃 特急 座席指定 （ _____ 円 + _____ 円 + _____ 円） × _____ 日 × 1 / 2</div>		
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

様

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	(通所日に担当者押印)								

(通所日に担当者押印)